

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO

Calidad de vida y estado de salud de estudiantes que realizan  
actividades extracurriculares en la Pontificia Universidad Católica  
del Ecuador desde el contexto de la Promoción de Salud

JOSÉ DAVID CÓNDOR SALAZAR

DIRECTORA: Dra. Carmen Elena Cabezas

DIRECTOR METODOLÓGICO: Dr. José Sola

QUITO, 2016

## **DEDICATORIA**

*A mi familia, a la que amo infinitamente.*

*A mis padres, por creer en mí, por soñar conmigo.*

*A mis hermanas y a mi hermano, por enseñarme que somos uno.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por su formación integral, tanto en lo académico como en lo humano.

A la Dirección de Bienestar Estudiantil, a sus Coordinaciones de Cultura y Deportes por la apertura para realizar esta investigación.

A mis profesores por su entrega, por sus consejos, por el amor que le ponen a su trabajo.

A mis hermanos de camino, a mis amigos, por sus palabras, por sus historias, por estar.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS .....	II
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	III
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT .....	X
INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO 1 .....	5
MARCO TEORICO.....	5
PROMOCIÓN DE SALUD.....	5
CALIDAD DE VIDA .....	9
EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA .....	12
ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA Y PERCENTIL DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA .....	15
PERFIL DE CALIDAD DE VIDA.....	16
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....	17
ESTADO DE SALUD.....	18
ESTILO DE VIDA.....	18

SATISFACCIÓN CON LA VIDA .....	19
SALUD MENTAL.....	19
BIENESTAR .....	19
FELICIDAD .....	20
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....	20
CAPÍTULO 2 .....	22
ENTORNOS SALUDABLES .....	22
UNIVERSIDADES SALUDABLES .....	23
UNIVERSIDAD Y ESTILOS DE VIDA.....	25
DETERMINANTES DE LA SALUD .....	28
CAPÍTULO 3 .....	30
ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD.....	30
ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN CON LA PROMOCIÓN DE SALUD.....	31
PERSPECTIVAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD.....	33
BENEFICIOS PARA LA SALUD .....	33
ARTE Y SALUD.....	35
DANZA .....	38
TEATRO .....	40
MÚSICA.....	45
CAPÍTULO 4 .....	50

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PUCE .....	50
COORDINACIÓN DE DEPORTES.....	50
COORDINACIÓN DE CULTURA.....	52
COORDINACIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD .....	54
RED DE UNIVERSIDADES SALUDABLES .....	55
CAPÍTULO 5 .....	56
METODOLOGÍA.....	56
PROBLEMA.....	56
OBJETIVO GENERAL .....	56
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	56
HIPÓTESIS .....	56
MUESTRA.....	62
TIPO DE ESTUDIO.....	63
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	63
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	64
PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	64
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO .....	65
PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN:.....	65
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....	65
ASPECTOS BIOETICOS .....	65

CAPÍTULO 6 .....	66
RESULTADOS .....	66
ANÁLISIS UNIVARIADO .....	66
Género .....	67
Facultad .....	67
Nivel.....	68
Tipo de extracurricular .....	69
Horas de práctica semanal .....	71
Practica semestral.....	71
Beca cultural o deportiva .....	72
ANÁLISIS BIVARIADO .....	73
Escala GENCAT de calidad de vida .....	73
Análisis por pregunta de la Escala GENCAT .....	74
Cuestionario COOP/WONCA de Calidad de vida relacionada con la salud .....	74
Género .....	76
Grupos de edad por cuartiles .....	77
Nivel cursado .....	79
Tipo de actividad.....	80
Semestres que practica esta actividad.....	83
Horas que practica a la semana .....	83

Beca cultural o deportiva .....	84
CAPÍTULO 7 .....	85
DISCUSIÓN .....	85
CAPÍTULO 8 .....	95
CONCLUSIONES .....	95
Limitaciones .....	95
CAPÍTULO 9 .....	97
RECOMENDACIONES .....	97
Referencias bibliográficas .....	99
ANEXOS.....	116

## **RESUMEN**

El presente estudio pretende evaluar la calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes de la PUCE que realizan actividades extracurriculares (culturales y deportivas), comparados con los que no las realizan.

**Materiales y métodos:** Se utilizó un estudio cross-sectional con una muestra en el grupo expuesto de 138 estudiantes y del grupo control de 276 estudiantes calculada con un nivel de confianza del 95%, poder 80%; la relación entre no expuestos y expuestos fue de 2:1. Las medidas fueron: edad, facultad, nivel cursado, género, actividades extracurriculares que realiza, beca cultural o deportiva, horas y semestres de práctica. Se aplicó la Escala GENCAT, diseñada por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, para obtener el perfil de calidad de vida (CV) de un individuo. Además, se usó el cuestionario COOP/WONCA para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), desarrollada por The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project de New Hampshire, con el objetivo de medir los aspectos funcionales de los pacientes en la consulta diaria, con un criterio temporal referido a las 2 últimas semanas.

Como medida de asociación se utilizó diferencia de medias, y prueba t para significancia.

**Resultados:** Los estudiantes que acuden a extracurriculares presentaron una media de 230,85 en la escala GENCAT y de 17,91 en el cuestionario COOP/WONCA, ambas con valores significativos de 0,000 en su valor p, lo que se interpreta como una mejor valoración de CV y CVRS comparada con los estudiantes que no las realizan.

**Conclusiones:** Se demostró que quienes realizan actividades extracurriculares, culturales y deportivas, tienen una mejor percepción de CV en aspectos como: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social; y CVRS en aspectos como forma física, actividades cotidianas, sentimientos, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado actual de salud, apoyo social y percepción de la calidad de vida.

La práctica regular de actividades extracurriculares, de 6 a 8 horas a la semana, por más de 6 semestres, contribuye a una mejor percepción de CV en actividades culturales, y CVRS en actividades deportivas. Además, estos resultados no varían significativamente si el estudiante tiene o no una beca cultural o deportiva.

La práctica de actividades extracurriculares es promotora de salud, de acuerdo a la investigación realizada en torno a determinantes de salud, entornos saludables, beneficios en ámbitos de salud de actividades culturales y deportivas, y a los resultados obtenidos.

Palabras claves: Promoción de salud, calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud, actividad física y salud, arte y salud, beneficios para la salud de la danza, teatro y música.

## **ABSTRACT**

This study aims to assess the quality of life, as well as the health conditions, of students who participate in cultural and sport activities in the Pontifical Catholic University of Ecuador, compared to those who do not participate.

**Materials and Methods:** A cross-sectional study was used with a sample of 138 students in the exposed group and 276 students in the control group, calculated with a confidence level of 95%, power of 80%; the ratio between unexposed and exposed students was observed to be 2:1. The criteria used were: age, faculty, completed level, gender, extracurricular activities undertaken, cultural or sport scholarship, and practical semester's hours. All these factors were applied with the GENCAT scale, designed by the Catalan Institute of Assistance and Social Services, to obtain a profile quality of life (QOL). In addition, the COOP / WONCA questionnaire was used to assess the health related quality of life (HRQOL), developed by The Dartmouth Primary Care Cooperative Information Project New Hampshire, with the aim of measuring the functional aspects of patients in consultation daily, with a time criterion referring within the last 2 weeks.

As a measure of association mean difference was used, as well as a T test for significance.

**Results:** Students who attend extracurricular activities present an average of 230.85 in the GENCAT scale and 17.91 in the questionnaire COOP / WONCA, both with significant values of 0,000 in its p-value, which is interpreted as a better assessment than QOL and HRQOL compared with students who do not perform them.

**Conclusions:** It was shown that those who perform extracurricular, cultural and sport activities, have a better perception of QOL in aspects such as emotional, interpersonal relationships, physical, self-determination and social inclusion; and HRQOL in areas such as physical fitness, daily activities, feelings, social activities, change in health status, current health status, social support and perceived quality of life.

Regular practice of extracurricular activities ranging from 6 to 8 hours a week for more than 6 semesters, contributes to a better perception of QOL in cultural activities, and HRQOL in sports. Furthermore, it was observed that these results do not vary significantly if the student has or has not a cultural or sport scholarship.

The practice of extracurricular activities promotes health, according to research conducted around determinants of health, healthy environments, health benefits in areas of cultural and sport activities, and the results obtained.

Keywords: Health promotion, quality of life, health related quality of life, physical activity and health, art and health, health benefits of dance, theater and music.

## **INTRODUCCIÓN**

La Carta de Ottawa suscrita en 1986 dice que la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe tener la capacidad de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al ambiente. Se señala como sus estrategias fundamentales al desarrollo de una política pública saludable, al fortalecimiento de la comunidad, al desarrollo de aptitudes personales, a la reorientación de los servicios de salud y a la creación de entornos propicios.

De Ottawa en adelante se ha perseverado en la necesidad de concretar la creación de entornos saludables. Un espacio saludable es el perímetro en el que se trabaja la salud comunitaria. Los componentes operativos de un espacio saludable son los siguientes: saneamiento básico, cuidado ambiental, desarrollo de derechos y prevención de la violencia, prevención y atención médica, alimentación sana y autocuidado (Sola & cols., 2014).

Cada uno de estos componentes operativos implica el diseño y realización de actividades suficientes para lograr el cometido de mejorar las condiciones de vida y aprendizaje y elevar el nivel de salud de la población considerada. Entre las actividades que se pueden realizar dentro del autocuidado se pueden citar las siguientes: fomento de la higiene, el ejercicio y el ocio saludable con aproximación al arte, sexualidad sana, prevención del consumo de drogas, alcohol y cigarrillo, prevención de la dependencia de las redes sociales, etc.

En este sentido una universidad saludable sería aquella que incorpora el fomento de la salud a su proyecto, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, influyendo así en los entornos laborales y sociales (OPS, 2009).

A nivel mundial es preocupante el incremento de hábitos sedentarios (Rodríguez-Suárez & Agulló, 1999), incluso en la población universitaria, con repercusión en el estado emocional y físico (Páez Cala & Castaño Castrillón, 2010). La actividad física es esencial para una

buena salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (Ramírez-Hoffmann, 2002). Los universitarios con estilos de vida activos presentan beneficios psicológicos (Jodra, 1994), bienestar general y previenen diversas enfermedades (McInnis, Franklin, & Rippe, 2003). Sin embargo, los escenarios universitarios al parecer no promueven la práctica deportiva, como lo sugieren Velásquez, Torres-Neira y Sánchez (Velásquez, 2006). La actividad física practicada regularmente parece correlacionar con estilos de vida saludables, si bien esta actividad debe mantenerse regularmente para que los efectos sean visibles y de cierta duración (Enrique Cantón, 2001).

Una universidad saludable debería considerar también la ocupación del tiempo libre y el ocio, ya que parece comúnmente aceptado que para el correcto ajuste, tanto personal como académico, es necesario alternar los periodos de actividad y de descanso, especialmente el activo. Por ello, los estudiantes universitarios deberían incorporar recursos para gestionar no solo su tiempo de estudio, sino igualmente su ocio (García & Santizo, 2010).

El tiempo de ocio ha sido reconocido en la última década como un factor importante para el desarrollo y bienestar de los jóvenes, puesto que en él aumentan las probabilidades de la inclusión social, de participar en la comunidad, de hacer deporte, recrearse y tener programas culturales, a la vez que disminuye las posibilidades de implicarse en otros problemas como la delincuencia y el consumo de drogas (ONU, 2005).

Otras investigaciones tienen como objetivo describir el ocio en estudiantes universitarios. Por ejemplo, Rodríguez y Agulló, analizando la naturaleza de las prácticas de ocio de los universitarios, concluyen que conforman un grupo distinto a otros jóvenes, con un mayor consumo de actividades culturales. En esta línea, Expósito y cols., señalan que durante los días laborales los universitarios se dedican mayoritariamente al ocio pasivo, en los fines de semana, puentes y periodos vacacionales cortos, realizan actividades de interacción social y diversión, dejando las actividades físico-deportivas para el verano (Alonso, López-Aguado, Millán, & Martínez, 2012).

Durán y Castillo, recomiendan incentivar la actividad física incrementando la oferta académica de la misma y de actividades extra programáticas (Durán & Castillo, 2009).

El estudio sobre Calidad de vida y Estado de salud de estudiantes universitarios en la Universidad de Alicante, menciona entre las medidas para mejorar la calidad de vida en la universidad, aumentar las actividades culturales y una mayor oferta deportiva (Reig Ferrer & Cabrero, 2001).

La calidad de vida puede ser definida como la apreciación que el individuo hace de su propia vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con lo que percibe como posible o ideal. Este enfoque, toma en cuenta el derecho del individuo de valorar su propia vida. Se ve afectada por factores de tipo personal, social, económico, educativo y ambiental, así como del bienestar físico, psicológico, la integración social, el nivel de independencia, los temores y las preocupaciones (Dueñas, Lara, Zamora, & Salinas, 2005).

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador desde su Departamento de Bienestar Estudiantil busca incentivar la práctica deportiva y cultural. Entre las actividades extracurriculares que se ofertan están: Grupos Artísticos como coro, danza contemporánea, grupo de cámara, danza española, grupo de danza folclórica ecuatoriana, grupo de teatro clásico. Talleres de Iniciación a las Artes que brindan una amplia gama de posibilidades creativas como son: escuela de guitarra clásica, escuela de guitarra popular, danza árabe, danza tropical, danza aérea, danza neoclásica, tuna universitaria, dibujo y pintura, actuación, capoeira, canto, tango y folklore argentino. Entre las actividades deportivas se encuentran: disciplinas permanentes como: fútbol, ajedrez, aerobicos, acondicionamiento, atletismo, baloncesto, rugby, taekwondo, voleibol, tenis de mesa, las cuales cuentan con entrenador propio y externas como: tenis de campo, andinismo, ciclismo, natación y kendo que tienen organización propia (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2016).

La participación regular de los estudiantes a estas actividades es reconocida por la institución con becas deportivas y culturales. A pesar, de lo beneficioso de esta práctica para la salud no muchos estudiantes llegan a participar de las mismas.

## **JUSTIFICACIÓN**

En el contexto actual, la PUCE siendo pionera en el Ecuador de un proceso que camina hacia la Universidad Saludable necesita tanto de políticas, como de actividades que promuevan estilos de vida saludables en todos los miembros de la comunidad universitaria, y en especial de los estudiantes, quienes pasan gran parte del día en el campus y al no encontrar opciones creativas y acorde con su realidad que promuevan su salud se exponen a diversos factores de riesgo que atenten contra la misma.

Ante la necesidad de ser una universidad promotora de salud y la construcción de espacios saludables propuestos por la OMS, esta tesis intenta explicar cómo estas actividades pueden ser beneficiosas para los estudiantes, de manera que se promueva su práctica con los resultados obtenidos.

Este estudio genera evidencia concreta para mostrar la situación actual de las actividades culturales y deportivas en la PUCE y los beneficios que trae realizarlas.

# **CAPÍTULO 1**

## **MARCO TEORICO**

### **PROMOCIÓN DE SALUD**

Para comprender el concepto de promoción de salud es necesario iniciar por el concepto de salud.

En 1948, luego de la II Guerra Mundial, la OMS propone un nuevo concepto de salud, que ya no se centra solo en la enfermedad, en índices de mortalidad o morbilidad, sino que se trata de un concepto multidimensional. Por tanto, para este organismo, la salud es “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (WHO, 1948).

El concepto de salud toma en cuenta los valores positivos y negativos que afectan a nuestra vida, nuestras percepciones y la sociedad donde nos relacionamos (Montero & Larrinoa, 2012). Todo esto visto desde una perspectiva biopsicológica, socioeconómica y cultural (Tuesca, 2005).

El concepto de salud se fundamenta en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, que tiene en cuenta los valores positivos y negativos que afectan a nuestra vida, muestra función social y nuestras percepciones (Tuesca, 2005). De este modo, Gómez- Mengelnerg plantean que la salud es un recurso para la vida, mas no el objetivo de esta (Gómez- Mengelnerg, 2009).

La salud, propuesta desde la OMS, involucra la presencia de bienestar, en otras palabras, de calidad de vida (Hunt, 1988). Partiendo de esto, para Montero y Larrinoa, estar sano “es alcanzar un estado de bienestar pleno e integral en forma claramente perceptible, cuya expresión es la armonía biológica, psíquica, afectiva y social que favorece la relación más productiva con el entorno y que gratifica la vida del individuo” (Montero & Larrinoa, 2012, pág. 60).

Es importante mencionar que en 2009, la OMS, en la Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo, en sus puntos a considerar resalta un concepto de salud más integrador. La salud es “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual y social, en armonía con el medioambiente, y que sólo es posible alcanzarlo actuando sobre sus determinantes, con acciones inter y trans disciplinarias, intersectoriales y con activa participación de la comunidad” (OPS/OMS y Red Latinoamericana de Arte para la Transformación Social, 2009, pág. 2).

El concepto de promoción de salud se hace visible a partir de la Carta de Ottawa en 1986, que indica que la promoción de la salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS; SBESC; ACS, 1986, pág. 2). En esta carta también se menciona que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Este concepto claramente involucra no solo a un sector sanitario, sino trata de abarcar a toda la comunidad en general, entendiendo a la salud como una necesidad de todos (OMS; SBESC; ACS, 1986).

Es importante señalar que en 1978, con la Declaración de Alma Ata, en la que se estableció el lema “Salud para todos en el año 2000”, se involucra a la promoción de salud para alcanzar tales objetivos (OMS; SBESC; ACS, 1986).

Este pronunciamiento ha hecho que a partir de 1986 se desarrollen continuas reuniones, iniciativas, conferencias, etc., las cuales buscan promover salud en cada entorno en el que nos encontremos. A continuación se muestra un resumen de las reuniones y pronunciamientos que se han hecho, donde las discusiones en torno a la promoción de salud han estado presentes.

**Tabla 1 Resumen de pronunciamientos sobre Promoción de Salud desde 1986 a 2013**

Nombre	Año	Resumen
Carta de Ottawa	1986	Se analizan los progresos alcanzados desde la declaración de Alma Ata en Atención Primaria de Salud y se pone énfasis en una nueva concepción de salud pública, desde el concepto de promoción basado en el autocuidado y la acción intersectorial en salud (OMS; SBESC; ACS, 1986).
II Conferencia Internacional de promoción de la Salud, Adelaida, Australia	1988	Se declaró la importancia de la construcción de políticas públicas saludables, señalando que éstas deben ser abordadas por todos los sectores para actuar sobre los determinantes de la salud y reducir las inequidades sociales y el acceso equitativo a bienes, servicios y a la atención en salud (Crovetto, 2009).
III Conferencia Internacional de promoción de la Salud, Sundsvall, Suecia	1991	Promover el concepto de vida saludable y la creación de ambientes favorables para la salud (Crovetto, 2009).
Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Santa Fe de Bogotá	1992	Se adopta la Declaración de promoción de la Salud en América Latina. Se analizó la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo (Crovetto, 2009).
Seminario Internacional sobre Políticas, Estrategias y Estructuras Nacionales de	1994	Mobilización de recursos y apoyo a la Promoción de la Salud y la creación de condiciones para políticas,

Promoción de la Salud,  
Francia.

estructuras y roles que la favorezcan, incorporando el  
tema político – estructural (Crovetto, 2009).

---

VI Conferencia Internacional 1997 Propone reconsiderar los factores determinantes de la  
sobre Promoción de la Salud, salud, señalar los obstáculos y las estrategias  
Yakarta, Indonesia. necesarias para resolver las dificultades de promoción  
de la salud en el siglo XXI (Crovetto, 2009).

---

Resolución sobre promoción 1998 Insta a todos sus miembros a: a) promover la  
de la Salud adoptada durante responsabilidad social para la salud; b) incrementar la  
la LI Asamblea Mundial de la inversión para el desarrollo de la salud; c) consolidar  
Salud. y expandir la corresponsabilidad en salud; d)  
incrementar la capacidad comunitaria y empoderar al  
individuo en materia de salud; e) fortalecer las  
consideraciones de los requerimientos en salud y  
promoción en todas las políticas, y f) adoptar un  
enfoque basado en evidencia para las políticas de  
promoción de la salud y sus prácticas (Crovetto,  
2009).

---

V Conferencia Internacional 2000 Enfatizar el aporte de la promoción de la salud en las  
de Promoción de Salud, políticas, los programas, proyectos de salud y calidad  
México. de vida, promoviendo los planes nacionales de  
promoción de la salud (Crovetto, 2009).

VI Conferencia Mundial de 2005 Orientada a reducir las desigualdades en materia de Promoción de la Salud, salud en un mundo globalizado mediante el fomento Bangkok, Tailandia. de la salud (Crovetto, 2009).

---

VII Conferencia Mundial de 2009 Define las estrategias clave y los compromisos que Promoción de la Salud, deben cumplirse urgentemente para subsanar las Nairobi, Kenia. deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, haciendo uso de la promoción de la salud para lograrlo (Martínez Moreno, 2016).

---

VIII Conferencia Mundial de 2013 Hace un llamamiento a los gobiernos para que Promoción de la Salud, incorporen la salud y la equidad en salud en sus Helsinki agendas y avancen estructuras, recursos y capacidad institucional de apoyo a la estrategia (Martínez Moreno, 2016).

## **CALIDAD DE VIDA**

El concepto de calidad de vida empieza a utilizarse luego de la Segunda Guerra Mundial, ya que investigadores de la época buscaban como las personas percibían su vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981). Posteriormente, distintos investigadores han propuesto definiciones hasta llegar a vincular a la calidad de vida desde ámbitos de salud, económicos y sociales (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Ante la necesidad de establecer una definición integradora, se puede decir que la calidad de vida es “un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona” (Ardila, 2003, pág. 163). Este autor expone tanto aspectos subjetivos como

objetivos en su concepto. Se incluye una sensación subjetiva del bienestar físico, psicológico y social. Entre los objetivos está el bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente físico, social, con la comunidad y la salud (Ardila, 2003).

Según la OMS la calidad de vida es “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones” (OMS, 2012).

Este grupo fijó además algunos puntos sobre las medidas de la calidad de vida, como son: 1) subjetivas, que recogen la percepción de la persona involucrada, 2) multidimensionales, valora aspectos tanto físicos, emocionales, interpersonales, etc.; 3) sentimientos positivos y negativos, y 4) toma en cuenta la variabilidad en el tiempo, la edad, etapa vital, etc. A partir de esto, muchos autores han ido un poco más allá para establecer los componentes de la calidad de vida, hoy conocidos como dominios. Los dominios son “un conjunto de factores que componen el bienestar personal”, y sus indicadores centrales son “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (Verdugo Alonso, 2009, pág. 18).

Uno de los más conocidos es el propuesto por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), quienes plantean ocho dominios claros como son: la salud, el desarrollo individual mediante la educación, el empleo y la calidad de vida laboral, tiempo y ocio, bienes y servicios, entorno físico, seguridad personal, administración de la justicia, oportunidad social y participación (Montero & Larrinoa, 2012).

***Tabla 2 Dominios de calidad de vida de acuerdo a OCDE***

Factores nucleares	Facetas
Salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Probabilidad de una vida sana a lo largo de todas las etapas de la vida.</li> <li>2) Impacto de los impedimentos de salud en los individuos.</li> </ol>
Desarrollo individual mediante la educación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Adquisición de conocimientos básicos, habilidades y valores necesarios para su desarrollo individual.</li> <li>2) Oportunidades para continuar el autodesarrollo.</li> <li>3) Mantenimiento y desarrollo por los individuos del conocimiento, habilidades y flexibilidad precisas para lograr su potencial económico y para poder integrarse ellos mismos en el proceso económico si lo desean.</li> <li>4) Satisfacción individual con el proceso de desarrollo individual durante el proceso educativo.</li> <li>5) Mantenimiento y desarrollo de la herencia cultural relativa a la contribución positiva al bienestar de los miembros de los diversos grupos sociales.</li> </ol>
Empleo y calidad de vida laboral	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Posibilidad de disponer de empleo remunerado para aquellos que lo desean.</li> <li>2) Calidad de la vida laboral.</li> <li>3) Satisfacción individual en la vida laboral.</li> </ol>
Tiempo y ocio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Posibilidad de elegir el destino del tiempo libre.</li> </ol>
Bienes y servicios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Disponibilidad personal de bienes y servicios.</li> <li>2) Número de individuos que sufren privación material.</li> <li>3) Extensión de la equidad en la distribución del control sobre bienes y servicios.</li> <li>4) Calidad, alcance de la elección y accesibilidad de los bienes y servicios privados y públicos.</li> <li>5) Protección del individuos y familias contra riesgos económicos.</li> </ol>
Entorno físico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Condiciones de la vivienda.</li> <li>2) Exposición de la población por el uso y gestión del entorno físico.</li> </ol>
Seguridad personal y Administración de Justicia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Violencia, daños y persecución sistemática sufrida por los individuos.</li> <li>2) Equidad y humanidad de la administración de justicia.</li> <li>3) Extensión de la confianza en la administración de justicia.</li> </ol>
Oportunidad social y participación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Grado de igualdad/desigualdad social.</li> <li>2) Extensión de la oportunidad para participar en la vida comunitaria y en las instituciones. Así como para tomar decisiones.</li> </ol>

Nota. Recuperado de: (Montero & Larrinoa, 2012, pág. 65)

Una propuesta más actual, llevada a cabo por Schalock y Verdugo, proponen un modelo con ocho dominios con sus indicadores centrales, como son:

**Bienestar emocional (BE):** sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Sus indicadores de evaluación son: satisfacción, autoconcepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.

**Relaciones interpersonales (RI):** relación con los demás, amistades, llevarse bien con la gente. Se mide con los siguientes indicadores: relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad.

Bienestar Material (BM): que el dinero alcance para las necesidades, tener una vivienda y trabajo adecuados. Se evalúa con: vivienda, lugar de trabajo, salario (pensión, ingresos), posesiones (bienes materiales), ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

Desarrollo personal (DP): que pueda aprender distintas cosas, y pueda realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: limitaciones/capacidades, acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

Bienestar físico (BF): buena forma física, alimentación saludable, percepción de buena salud. Los indicadores son: atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.

Autodeterminación (AU): Tener la capacidad de decidir por sí mismo, de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Sus indicadores son: metas y preferencias personales, decisiones, autonomía y elecciones.

Inclusión social (IS): ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: integración, participación, accesibilidad y apoyos (Schalock & Verdugo, Quality of life for human service practitioners, 2003).

Derechos (DR): Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

### ***EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA***

La medición de la calidad de vida refleja las distintas experiencias vitales que las personas valoran, los distintos ámbitos que hacen que la vida sea satisfactoria, y los ambientes social, físico y cultural que son importantes para las personas, incluyendo experiencias de vida

comunes y únicas (Verdugo Alonso, 2009). De esta forma, se plantea tres usos principales para el concepto de calidad de vida: 1) un marco de referencia para la prestación de servicios, 2) un fundamento para las prácticas basadas en la evidencia, y 3) un vehículo para desarrollar estrategias de mejora de la calidad (Schalock & Verdugo, 2007).

En 2009 el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), como una organización de la Administración Pública de Cataluña, en su objetivo de la Mejora de la Calidad de los servicios sociales, y con la colaboración del Instituto de Integración de la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, desarrolla una escala de valoración de la calidad de vida, conocida como GENCAT, que se encuentra dentro del Plan de Mejora de la Calidad en Cataluña, que evalúa los servicios sociales en un contexto internacional (Verdugo Alonso, 2009).

La Escala GENCAT “es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003)” (Verdugo Alonso, 2009, pág. 10).

Su importancia radica en la evaluación objetiva de la Calidad de vida partiendo de los ocho dominios propuestos por Schalock y Verdugo (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos), a través de 69 ítems. Su duración es de 10 a 15 minutos, su ámbito de aplicación son adultos a partir de los 18 años, es de administración individual y esta validada por el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca, España. Su finalidad es “identificar el perfil de Calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes” (Verdugo Alonso, 2009, pág. 17).

Los ítems de la Escala GENCAT se refieren a cuestiones observables, concretas y fáciles de comprender. Están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones: nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre o casi siempre.

Se deben contestar todos los ítems, pero si la persona no realiza alguna actividad se debe contestar pensando en cómo haría dicha actividad en un hipotético caso.

La medición de la calidad de vida en esta escala se realiza a través de una puntuación directa de cada dimensión, que se obtiene sumando las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen, como se indica en el Figura 1.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					16

**Figura 1 Puntuación directa total de la dimensión Bienestar Emocional**

Recuperado de: (Verdugo Alonso, Manual de Aplicación de la Escala GENCAT, 2009)

Una vez obtenida la puntuación de cada dimensión, se procede ubicar este valor en una tabla de baremos para una muestra general, personas mayores de 50 años, personas con discapacidad intelectual, y de esta manera obtener un puntaje estándar y un percentil para cada dimensión (Anexo 1). Las puntuaciones estándar indican la posición relativa de una persona dentro de su muestra de tipificación, teniendo en cuenta que su media es 10 y su desviación típica es 3. Los percentiles, por su parte, indican el porcentaje de personas que tienen una puntuación superior o inferior. Por ejemplo, en la se muestra el puntaje directo de la dimensión bienestar emocional, cuyo resultado es de 16. Se revisó en la tabla de baremos en el ANEXO 1 y se obtuvo una puntuación estándar de 6 y un percentil de 9. Esto indica que

la persona tiene una puntuación superior al 9% de las personas y que el restante 91% superan su puntuación.

**Número de identificación:**

Nombre y apellidos

Informante

Fecha de aplicación

**Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT**

1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones  
 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles  
 3. Introducir el índice de Calidad de vida

Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional	16	6	9
Relaciones interpersonales	25	9	37
Bienestar material	30	11	63
Desarrollo personal	14	5	5
Bienestar físico	27	9	37
Autodeterminación	9	3	1
Inclusión social	20	8	25
Derechos	35	9	37

Puntuación estándar TOTAL (suma)

**ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA**  
(Puntuación estándar compuesta)

Percentil del Índice de Calidad de vida

**Baremo usado**

Baremo para la muestra general

Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)

Baremo para personas con discapacidad intelectual

Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)

**Figura 2 Cálculo de puntuación estándar y percentiles de la Escala GENCAT**

Fuente: (Verdugo Alonso, Manual de Aplicación de la Escala GENCAT, 2009)

### ***ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA Y PERCENTIL DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA***

La evaluación de la calidad de vida según esta escala continúa con la obtención del índice de calidad de vida o puntuación estándar compuesta y del percentil del índice de calidad de vida.

Este índice se calculó aplicando el procedimiento de agrupación de varianzas de Guilford y Fruchter (1978). Tiene una distribución con media de 100 y una desviación típica de 15. Se obtiene sumando todos los valores de puntuación estándar de cada dimensión, y se traslada

este valor a una tabla validada para la escala GENCAT (ANEXO 2), donde además se obtendrá el percentil de este índice. El resultado del percentil sobre 100 indicará que a mayor puntuación mejor es calidad de vida del evaluado. Por ejemplo, en el Figura 3, el índice fue de 81, y su respectivo percentil de 11, lo que indica que el 89% de la muestra estandarizada obtuvo una puntuación más alta en el Índice de Calidad de vida.

<b>Número de identificación:</b> <input type="text"/>			
<b>Nombre y apellidos</b> <input type="text"/>			
<b>Informante</b> <input type="text"/>			
<b>Fecha de aplicación</b> <input type="text"/>			

<b>Baremo usado</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Baremo para la muestra general			
<input type="checkbox"/> Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)			
<input type="checkbox"/> Baremo para personas con discapacidad intelectual			
<input type="checkbox"/> Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)			

<b>Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT</b> 1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles 3. Introducir el Índice de Calidad de vida			
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones
Bienestar emocional	16	6	9
Relaciones interpersonales	25	9	37
Bienestar material	30	11	63
Desarrollo personal	14	5	5
Bienestar físico	27	9	37
Autodeterminación	9	3	1
Inclusión social	20	8	25
Derechos	35	9	37
Puntuación estándar TOTAL (suma)		60	
<b>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA</b> (Puntuación estándar compuesta)		81	
Percentil del Índice de Calidad de vida			11

**Figura 3 Cálculo del índice de calidad de vida en la escala GENCAT**

Recuperado de: (Verdugo Alonso, Manual de Aplicación de la Escala GENCAT, 2009)

**PERFIL DE CALIDAD DE VIDA**

El Perfil de Calidad de vida sirve para realizar un seguimiento de caso del evaluado. Es una representación visual de cada uno de los valores obtenidos en cada dimensión y permite realizar planes de intervención para mejorar la calidad de vida especificando en que dominio se debe poner más atención. Si el plan de apoyo funciona, la persona obtiene una puntuación más alta, si esto no ocurre se recomienda revisar el plan de apoyo.

**Sección 1b. Perfil de Calidad de vida**  
 Rodee la puntuación estándar de cada dimensión y del Índice de Calidad de vida.  
 Después una los círculos de las dimensiones con una línea para formar el perfil.

Percentil	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Índice de CV	Percentil
99	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	16-20	>130	99
95	15	15	15	15	15	15	15	15	122-130	95
90	14	14	14	14	14	14	14	14	118-121	90
85	13	13	13	13	13	13	13	13	114-117	85
80									112-113	80
75	12	12	12	12	12	12	12	12	110-111	75
70									108-109	70
65	11	11	11	11	11	11	11	11	106-107	65
60									104-105	60
55									102-103	55
50	10	10	10	10	10	10	10	10	100-101	50
45									98-99	45
40									96-97	40
35	9	9	9	9	9	9	9	9	94-95	35
30									92-93	30
25	8	8	8	8	8	8	8	8	89-91	25
20									86-88	20
15	7	7	7	7	7	7	7	7	84-85	15
10	6	6	6	6	6	6	6	6	78-83	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	88-78	5
1	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	<66	1

**Figura 4 Perfil de Calidad de vida de la Escala GENCAT**

Fuente: (Verdugo Alonso, Manual de Aplicación de la Escala GENCAT, 2009)

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

Según Shumaker y Naughton, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es:

“una evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar” (Schwartzmann, 2003).

La OMS intentó establecer un consenso internacional para determinar que dimensiones debería contemplar la CVRS. Estas son: una dimensión física, psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritual, las mismas que presentan distintas facetas, como se explica en la Tabla 3 (Montero & Larrinoa, 2012).

**Tabla 3 Conceptualización de la OMS sobre la Calidad de Vida**

Esferas/Dimensiones	Facetas
Física	Dolor, Malestar, Energía, Cansancio, Sueño, Descanso.
Psicológica	Sentimientos positivos, Labor de reflexión, Aprendizaje, Memoria, Concentración, Autoestima, Imagen y apariencia corporal, Sentimientos negativos.
Grado de Independencia	Movilidad, Actividades de vida diaria, Dependencia respecto a medicaciones y tratamientos, Capacidad de trabajo.
Relaciones Sociales	Relaciones personales, Apoyo social, Actividad sexual.
Entorno	Seguridad física, Entorno doméstico, Recursos financieros, Atención sanitaria y social: disponibilidad y calidad, Oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas, Actividades recreativas: participación y oportunidades, Entorno físico: contaminación, ruido, tráfico, clima, transporte.
Espiritual	Espiritualidad, religión, creencias personales.

Nota. Recuperado de: (Montero & Larrinoa, 2012, pág. 65)

El concepto de CVRS es multidimensional, de manera que identifica la percepción del individuo sobre su estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar y otros conceptos de la vida. (GRUPO DE LA OMS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA, 1996). Lydick y Yawn mencionan que representa un espacio donde el individuo relaciona sus expectativas y logros reales con su estado de salud (Osoba, 2005).

Partiendo de los componentes de la CVRS, se derivan otros conceptos que se mencionan a continuación:

### ***ESTADO DE SALUD***

Se define al estado de salud como la “descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud” (OMS, 1998, pág. 21).

### ***ESTILO DE VIDA***

“Es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las

interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (OMS, 1998, pág. 27).

Estos modelos de comportamiento no son rígidos, están continuamente cambiando, y se someten a la interpretación. La Unidad de Promoción de la Salud en 1998 menciona que no existe un estilo de vida óptimo, pero esta puede beneficiarse de la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral del individuo, para encontrar formas y condiciones de vida adecuadas (OMS, 1998).

### ***SATISFACCIÓN CON LA VIDA***

Se trata de la percepción del individuo sobre su propia situación en la vida, vista a partir de sus objetivos, expectativas, valores e intereses, influenciados por el contexto cultural de referencia (Diener, 1984). Diener explica este concepto partiendo de dos enfoques fundamentales. El primero conocido como *'bottom-up'* o abajo-arriba menciona que las personas viven muchas situaciones que las llevan a momentos satisfactorios. Luego este modelo cambia a uno tipo *'top-down'* o arriba-abajo donde este individuo que ha experimentado situaciones positivas, interactúa con el otro (Pérez-Escoda, 2013).

Otros autores la definen como parte del concepto de bienestar subjetivo, definida como un sentimiento de bienestar en relación consigo mismo, es una estimación subjetiva (Undurraga & Avendaño, 1998).

### ***SALUD MENTAL***

En 2013, la OMS la define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2016, pág. [www.who.int](http://www.who.int)).

### ***BIENESTAR***

Si bien la OMS ha eludido la definición de bienestar, se puede citar a diversos autores sobre su concepto. Ryan & Deci en 2001 proponen dos visiones para este término: un enfoque hedonista (tradición epicúrea) y un enfoque eudaimonista (tradición aristotélica).

El bienestar hedonista hace referencia a la búsqueda de fuentes de satisfacción, placer instantáneos, y no involucra todo aquello que le produzca dolor, estrés, tensión al individuo. Es un concepto donde el ser humano disfruta experiencias placenteras puntuales. En cambio, el bienestar eudaimonista, que parte de la tradición aristotélica, mira al bienestar como un proceso continuo de mejora de las propias capacidades, encontrando satisfacción en el camino, con objetivos claros en la vida, y actuando de forma coherente y racional, en terminología aristotélica de *'manera virtuosa'* (Hernández, 2009).

Para entender este concepto desde la perspectiva de salud, el bienestar está basado en un enfoque eudaimonista, puesto que involucra el empoderamiento de las personas para su crecimiento personal, potenciando la implicación con los demás, y de esa manera crear una nueva realidad, al incidir en el entorno (Hernández, 2009).

### ***FELICIDAD***

Según Campbell, la felicidad es un estado de bienestar transitorio, que involucra alegría y regocijo (Campbell, 1976). En cambio, para Bradburn, es un grado donde los sentimientos positivos predominan sobre los negativos (Bradburn, 1969). Para aclarar el término, Okum y Stock en 1987 sugieren que el concepto de felicidad es un estado emocional actual, diferenciándolo del de satisfacción que se da a través del tiempo (Moreno, 1996).

### ***EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD***

El cuestionario COOP/WONCA (Anexo 3) es un instrumento creado para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), en atención primaria como en padecimientos crónicos. Es una escala general tipo perfil de salud, traducido y validado en castellano, desarrollada originariamente por un grupo de profesionales de atención primaria: The Darmonth Primary Care Cooperative Information Proyet de New Hampppshire (EEUU), con el objetivo de medir los aspectos funcionales de los pacientes en la consulta diaria. Se puntúa con una escala tipo Likert (de 1–5 puntos) que valora la CVRS en sentido inverso, es decir a más puntuación peor percepción, siendo la mínima puntuación posible 9 puntos y la máxima 45 puntos (Lizan Tudela & Reig Ferrer, 2002).

La escala COOP/WONCA modificado en 1998, recoge variables sociodemográficas, sanitarias y factores condicionantes de salud. Las dimensiones que evalúa este cuestionario son las siguientes: Forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud actual, dolor, apoyo social y auto percepción de calidad de vida, todos ellos con un criterio temporal referido a las dos últimas semanas. El tiempo de aplicación es de 30 a 45 segundos por lámina, para un total de 9 láminas (Esteban y Peña, Jiménez García, & Gil-De Miguel, 2010).

Los objetivos de esta escala son: proporcionar datos válidos y fiables en las principales dimensiones de funcionamiento: físico, mental y social; ser aplicable en pacientes en atención primaria de salud, poseer un alto grado de validez y producir unos resultados de fácil interpretación.

Este instrumento ha demostrado buena validez en su aplicación, puesto que en un estudio de validez aparente en España, tanto los encuestadores como los encuestados no presentaron problemas para su desarrollo, llegando a una construcción del instrumento del 90% (Lizan Tudela & Reig Ferrer, 2002).

El cuestionario tiene una aceptable consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,82 y una estructura unifactorial para 6,7 de 9 ítems. Es factible la utilización de un índice total de COOP/WONCA que se obtiene de la suma de cada una de las viñetas, aunque no tiene establecido un punto de corte de normalidad ni graduación de la medida (Lizan Tudela & Reig Ferrer, 2002).

## **CAPÍTULO 2**

### **ENTORNOS SALUDABLES**

Un entorno se define como el sitio donde las personas se relacionan activamente con el medio, ya sea este un espacio físico, biológico, ecosistema o comunidad. Además, se identifica por tener un espacio físico, roles y estructura organizacional definida. Por ejemplo: escuelas, hospitales, lugares de trabajo, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Un entorno saludable, según la OMS (1998), son aquellos que

“apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, el hogar, los sitios de estudio, los lugares de trabajo y el esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento” (pág. 31).

En un entorno saludable, la vida carece o presenta factores de riesgo controlados y prevenibles, incluyendo factores promotores de bienestar y salud. Se puede identificar en este espacio factores protectores y entender como estos mejoran la salud, calidad de vida y el desarrollo humano sostenible y sustentable (OPS, 2009).

El inicio de los entornos saludables, se da a partir de la estrategia de ciudades saludables creada en Canadá, en 1978, en la cual el gobierno local de Toronto estableció un comité de planificación, que publica el informe «La salud pública en los años 80». Este busca una salud pública que integre la dimensión política, social y el desarrollo comunitario con el objetivo de que Toronto sea la ciudad más saludable de América del Norte (Juvinyà Canal & Arroyo Acevedo, 2012). Posteriormente, se impulsa en 1988 la red de ciudades y comunidades saludables de Quebec, la cual tenía por objetivo, sensibilizar a gobiernos locales para que desarrollen acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de sus habitantes, cooperar

intersectorialmente, y crear una red de proyectos provinciales de apoyo mutuo. En 2004, la red tuvo 145 ciudades participantes (Valentini & O'Neill, 2004).

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsa el movimiento Municipios Saludables, con base en la experiencia en Europa, Canadá, Estados Unidos, la Declaración de Bogotá en 1992 y la Carta de Promoción de la Salud del Caribe en 1993. Este tenía a su cargo competencias urbanas y rurales. Luego se desarrolla la estrategia de Comunidades Saludables, apoyado en territorios específicos de la ciudad, que mantienen los valores y principios del movimiento (Valentini & O'Neill, 2004).

Una ciudad saludable es aquella que mejora el ambiente físico y social de forma continua, fortalece recursos comunitarios que desarrollan el potencial de las personas y mejoran su calidad de vida (Hancock, 1993).

La estrategia de ciudades saludables reconoce que la ciudad es un territorio con problemas, pero también un territorio de soluciones (Valentini & O'Neill, 2004). Ésta solo se construye con un auténtico compromiso de la ciudadanía. Además, se plantea que la salud debe ser vista desde su positividad, como expresión de calidad de vida, por lo que en esta ciudad saludable es donde se desarrollan procesos participativos, sociales, institucionales y se realiza una intervención colectiva que mejora las condiciones de salud de todos los ciudadanos (Mendes, 2002).

Entre los puntos a considerar en el desarrollo de una ciudad saludable se encuentran: la participación de diversos actores que buscan intereses comunes, la intersectorialidad que genera respuestas a las necesidades sociales, y las redes sociales que generan proyectos de apoyo mutuo, potencien redes existentes y son generadoras de nuevas redes promotoras de salud (Valentini & O'Neill, 2004).

## **UNIVERSIDADES SALUDABLES**

La estrategia de entornos saludables hizo que más sectores vinculen estos principios en sus espacios de convivencia. Es así como a partir de la Carta de Ottawa distintas universidades en Europa, se vuelcan a la iniciativa de ser promotoras de salud, siendo la primera la

University of Central Lancashire en Inglaterra. Posteriormente, en 1996 se celebra la primera Conferencia Internacional sobre Universidades Promotoras de Salud en Inglaterra, auspiciada por la OMS. En 1997, se crea la Red de Universidades Europeas Promotoras de Salud. En América Latina, Chile, México y Argentina han trabajado activamente en implementar el plan de Universidades Saludables. En 2005, México crea la Red de Universidades Saludables que reconoce que las universidades deben ser espacios responsables de promover salud (Ministerio de Salud de Argentina, 2012).

Una universidad saludable se define como “aquella que realiza acciones sostenidas y que ha logrado ciertas metas destinadas a promover la salud integral de la comunidad universitaria, actuando no solo sobre el entorno físico y social sino también sobre el propio proceso educativo y sobre la comunidad donde se inserta” (Ministerio de Salud de Argentina, 2012, pág. 12). Es saludable porque implementa espacios adecuados para la alimentación, actividades recreativas, deportivas, áreas accesibles para personas con discapacidad, que cuida el medio ambiente y que es un espacio seguro para la población. Además, posee un ambiente psicosocial armónico y estimulante, libre de violencia, y que es agradable para la convivencia. En una universidad saludable, los estudiantes adquieren herramientas para su desarrollo personal, se incentiva su participación en la comunidad universitaria, y sus carreras cuentan con educación sobre salud (Ministerio de Salud de Argentina, 2012).

Los objetivos de una universidad saludable, según el Ministerio de Salud de Argentina, son el poder relacionar el aprendizaje adquirido por los estudiantes y su espacio de interacción con la salud de sus protagonistas; garantizar un espacio que genere bienestar físico, psicológico y social, donde se desarrolle la investigación, el trabajo y el estudio. Además, propone abrir proyectos de promoción de salud para toda la comunidad universitaria (Ministerio de Salud de Argentina, 2012).

Entre los beneficios de una universidad saludable está fomentar, en todos los integrantes de la misma, una consciencia sobre el cuidado de su salud y de los demás, logrando encontrar alternativas que prevengan posibles malestares. De esta manera, la universidad es vista como un espacio que se preocupa por todos los miembros de la comunidad universitaria, lo que

permite aumentar el rendimiento académico, laboral, encontrar un sentido de pertenencia, compromiso y satisfacción por su universidad (Ministerio de Salud de Argentina, 2012).

## **UNIVERSIDAD Y ESTILOS DE VIDA**

Un punto importante a tratar dentro de las Universidades Saludables son los estilos de vida que tiene la población más representativa y por la que la universidad existe como tal: los estudiantes.

En 2009, se realizó el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud, el mismo que publica un artículo titulado <<Universidad y estilos de vida>>. Su importancia radica en la investigación que se da a partir de los estilos de vida del estudiante universitario con el objetivo de conocer las dinámicas sociales que se producen en este ambiente y a partir de esto, mejorar la calidad de vida de los mismos (Rodríguez Rodríguez, 2009).

Entre sus aportes destaca la investigación de Harrison, Ziglio, Levin y Morgan, de la Oficina de la OMS en Venecia, quienes proponen el modelo de activos para la salud. Se entiende por activos, a los recursos que poseen las personas y comunidades para resguardarse contra los riesgos que se presenten contra su salud y tener un estado más saludable (Harrison, Ziglio, & Levin, 2004). Los activos en este modelo se describen como competencias, es decir, son las habilidades, los conocimientos que tiene cada individuo para vivir saludablemente (Rodríguez Rodríguez, 2009).

Se puede identificar activos individuales y comunitarios en los estudiantes universitarios. Entre los individuales están el compromiso con el aprendizaje, la autoestima, las habilidades para la resiliencia y el sentido del propósito. Entre los comunitarios, Rodríguez identifica activos en la familia como estilos parenterales democráticos, una familia cohesionada; en el soporte social se puede mencionar activos en las redes de apoyo de amistades, pertenencia a grupos culturales, deportivos, religiosos, solidaridad intergeneracional. Además, se encuentra activos en los recursos que presenta la comunidad donde vive el individuo, entre ellos, una vivienda digna y agradable, espacios de encuentro, seguridad en el empleo, acceso a la justicia y a la participación social y política, entre otros. Un ejemplo del uso de activos

en universitarios sería usar recursos como autoestima, asertividad, habilidades de comunicación, información, negociación, para que ellos respondan saludablemente en situaciones de riesgo como fumar, consumir drogas, subir a una moto sin casco, tener relaciones sexuales sin protección, etc. (Rodríguez Rodríguez, 2009).

Este modelo tiene una base de tres soportes conceptuales como son: el concepto de salutogénesis, propuesta por Aarón Antonovsky, el mapeo de activos, estudiado por Kretzmann y la evaluación del modelo sobre la base de indicadores fiables (Harrison, Ziglio, & Levin, 2004). Se entiende por salutogénesis al estudio de los factores generadores de salud, diferente a la patogénesis, que se enfoca en la generación de enfermedad (Antonovsky, 1996). En el mapeo de activos, se busca la cooperación de la comunidad para hacer un mapa de fortalezas y oportunidades con las que cuentan para promover salud (Kretzmann, 2000).

El modelo de Harrison, entonces, se centra en el bienestar y en la existencia de condiciones saludables, es decir, va más allá del concepto biológico de salud. Esto nos indica que todo estudiante puede llegar a un desarrollo saludable siempre que tenga o encuentre los activos personales y del entorno que lo permitan (Rodríguez Rodríguez, 2009).

Otra teoría que trabaja en activos y no en déficits es la teoría del desarrollo positivo, la cual, no trata de evitar riesgos sino que busca las herramientas para enfrentarlos (Lerner RM, 1998). La Universidad de Sevilla ha investigado esta teoría encontrando cinco áreas fundamentales de competencias: personales, cognitivas, emocionales, morales y sociales. Estas áreas determinan el desarrollo positivo de la persona y afirman que el individuo, en este caso el estudiante, tiene habilidades y capacidades para elegir conductas saludables, y no solo para evitar conductas de riesgo (Rodríguez Rodríguez, 2009).

Estudios sobre los estilos de vida relacionados con las estructuras sociales han sido realizados, entre otros autores, por Robert K. Merton en los años 30, y Pierre Bourdieu. Merton propone que la familia es la principal fuente de transmisión de normas culturales de una generación a otra, pero también existen otros sitios de socialización importante, como el sistema educativo, en este caso, la universidad. Para la adaptación cultural del estudiante

y la búsqueda de sus fines, Merton menciona cinco tipos de estudiantes, definidos como conformistas, innovadores, ritualistas, retraídos y rebeldes (Rodríguez Rodríguez, 2009).

Para Bourdieu, los grupos sociales se distinguen de otros a partir de patrones de consumo, esto les ayuda a diferenciar su estilo de vida de otros grupos. Esto se explica a partir del gusto, o lo que Bourdieu llamó el 'habitus'. A partir de este, se establecen lógicas de consumo, no solo desde el poder adquisitivo sino también desde lo que le gusta a la persona, es decir, cada persona tiene un 'capital cultural' diferente. El capital cultural lo recibimos de la familia y el sistema educativo. De esta manera, los gustos o los estilos de vida van a ser diferentes en la alta burguesía, clase media o clases populares. En el sistema educativo ese 'habitus' puede cambiar, lo que para muchas personas de clases medias, se aspira a cambiar de gustos para aspirar a una clase dominante, lo que Bourdieu denominó un 'toque de distinción'. En otras palabras, la forma de vestir, de alimentarse, de caminar, de hacer ejercicio, de ocio, etc., es solo un reflejo de nuestros orígenes de clase, del contexto en el que se crece (Bourdieu, 1979).

Tanto Merton como Bordieu, permiten acercarnos a la realidad del estudiante universitario, puesto que podemos identificar estudiantes conformistas o rebeldes desde el análisis de Merton, y estudiantes con aspiraciones a tener gustos distinguidos desde el análisis de Bordieu (Rodríguez Rodríguez, 2009).

Los estilos de vida de los estudiantes universitarios, para Rodríguez, no deben limitarse a las costumbres de riesgo que estos tengan, sino distinguir sus activos personales, e identificar como la universidad les permite potenciarlos. Este autor concluye señalando que los estudiantes no son un grupo homogéneo, tienen una diversidad de estilos de vida y pertenecen a diferentes clases económicas y culturales, por lo que el accionar de las universidades saludables debe ir encaminado a reconocerlos y actuar en sus diferencias (Rodríguez Rodríguez, 2009).

## DETERMINANTES DE LA SALUD

Para finalizar este capítulo, es importante hablar de los determinantes de la salud, porque al actuar en ellos se puede mejorar la calidad de vida de la población, la independencia funcional y el bienestar de las personas, y de nuestra población de estudio, que son los estudiantes.

Los determinantes de la salud son “las condiciones sociales, ambientales, económicas, culturales, políticas e institucionales que determinan el estado de la salud de los individuos o poblaciones” ( Subsecretaria de promoción y prevención de salud de México, 2007, pág. 15). Son los factores que pueden generar protección o daño, para la salud individual o colectiva. Estos al actuar de manera combinada, determinan los niveles de salud de individuos y comunidades (MSP , 2013).

Son parte de la política oficial de la OMS, y del marco fundamental del Modelo de Atención Integral de Salud –MAIS- adoptado en el Ecuador como estrategia del Ministerio de Salud Pública, que le da la estructura fundamental al Sistema de Salud del país (MSP , 2013).

Según Marck Lalonde, estos determinantes pueden ser:

**Tabla 4 Determinantes de la salud según Marck Lalonde, 1974**

<b>DETERMINANTES CONDUCTUALES</b>	<b>DETERMINANTES AMBIENTALES</b>	<b>DETERMINANTES BIOLÓGICOS</b>	<b>DETERMINANTES SOCIALES</b>
Hábitos	Aire	Genes	Relaciones familiares.
Costumbres	Agua	Edad	Situación Financiera
Creencias	Tierra	Género	Trabajo
Actitudes	Fuego	Nutrición	Comunidad y amigos.
Comportamientos		Inmunidad	Libertad personal
		Vigor	Valores personales

Nota. Recuperado de: (Sola & cols., 2014)

Los determinantes también pueden conceptualizarse como estratos de influencia parecidos a un arcoíris. Este modelo se lo puede apreciar en el Figura 5. Se encuentra características

no modificables como la edad, sexo, factores constitucionales. Alrededor de estas, se encuentran factores relacionados con la conducta personal, como actividad física o el hábito de fumar. Luego, se encuentra la interacción de los individuos con su entorno y comunidad. Posterior a esta se encuentran las condiciones de vida, de trabajo, alimentación, bienes y servicios esenciales. En la parte más exterior, se visualiza la influencia económica, cultural y medioambiental. Este modelo se caracteriza por resaltar las interacciones que tiene el individuo con su entorno (Dahlgren & Whitehead, 2010).



**Figura 5 Principales determinantes de la salud según Dahlgren y Whitehead, 1993**

Recuperado de: (Dahlgren & Whitehead, 2010)

La importancia de su estudio radica en identificar los factores positivos y protectores que mejoran la salud de las personas y no solamente centrar el estudio de en los factores de riesgo que generan enfermedad.

## CAPÍTULO 3

### ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

La actividad física es “cualquier movimiento corporal intencional, realizado con los músculo-esqueléticos, que resulta de un gasto de energía y en una experiencia personal, y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea” (Devís Devís, 2009, pág. 27).

La relación entre actividad física y salud ha sido muy estudiada, encontrando históricamente datos a partir de la antigua China y antigua Grecia. Según un informe de la Centers for Disease Control and Prevention (CDC), los primeros datos sobre actividad física saludable se dan en el libro de Medicina Interna del Emperador Amarillo en China (entre el año 3000 y 1000 a.C.), o en la India, a partir de la tradición oral del Ajur Veda, donde se establecían conceptos de medicina, que resaltaban la dieta adecuada y la actividad física (Jiménez, 2006). Para investigadores de la Universidad de León, los primeros datos sobre esta relación se encuentran en el Corpus Hippocraticum, que son escritos médicos griegos, atribuidos a Hipócrates de Cos (460-380 a.C.). Podemos encontrar tres Tratados del Corpus: Sobre la Dieta, Sobre la Medicina Antigua, y Aforismos. En el tratado sobre la dieta, Hipócrates plantea una fórmula para prevenir y recuperar la enfermedad que consistía en una alimentación natural y ejercicios físicos dosificados y graduados en dificultad e intensidad. Se busca un equilibrio entre los ejercicios físicos (pónoi), las comidas (sîta) y las bebidas (potá) (Álvarez Del Palacio, 1996). Además, en uno de sus tratados menciona: “Si pudiéramos dar a cada individuo la cantidad exacta de alimento y ejercicio, ni demasiado, ni demasiado poco, habríamos encontrado el camino más seguro hacia la salud” (Jiménez, 2006, pág. 22).

Han sido varios los autores a lo largo de la historia que han planteado este tópico en sus estudios, como Claudio Galeno con su Tratado de Pelota, la literatura árabe con sus tratados de Avicena, los Regimientos de Salud en el siglo XVI, entre ellos: De Arte Gimnástica, del

italiano Jerónimo Mercurial, entre otros autores que han puesto en evidencia la importancia de la actividad física en la salud (Jiménez, 2006).

De igual forma, Ricketson en siglo XIX, escribe sobre la higiene y medicina preventiva en EEUU. Llegando a la Revolución Industrial, W. A. Guy (1843) y E. Smith (1864) escriben sobre los trabajos sedentarios como los más peligrosos para los trabajadores. En esta época los médicos victorianos prohibían las actividades físicas a las llamadas ‘delicadas señoras’, lo que se mantiene hasta el siglo XX, cuando los cardiólogos Samuel A. Levine, Paul Dudley White y Howard B. Sprague en los años cuarenta recomiendan la deambulacion temprana para prevenir enfermedades coronarias (Álvarez Del Palacio, 1996).

En los años noventa, se establece una Declaración de Consenso común entre The Center for Disease Control and Prevention (CDC), The American College of Sports Medicine (ACSM), The President’s Council on Physical Fitness and Sports y The American Heart Association (AHA), donde se establece una acción política y pedagógica que asocia la actividad física a la salud, en la enseñanza y en el ocio (Manidi, 2002). En este periodo, se publican los trabajos y conclusiones de Conferencias Internacionales sobre Actividad Física, Aptitud física y Salud de 1988 y de 1992 que se desarrollaron en Canadá, con lo que se consolidó la evidencia científica en relación a la actividad física y salud (Jiménez, 2006).

### ***ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN CON LA PROMOCIÓN DE SALUD***

Han existido muchos pronunciamientos sobre la práctica de actividad física y como esta es promotora de salud. Entre los que más se destacan, están los de P. Hartijan Directora del Dpto. Promoción de la Salud de la OMS en el año 2000 y el pronunciamiento conjunto de la Federación Internacional de Medicina del Deporte con la OMS.

Para Airasca (2009):

“La actividad física diaria debe aceptarse como piedra angular de un estilo de vida sano; por tanto, la actividad física debe integrarse en los hábitos cotidianos. Un

primer paso lógico consistiría en usar escaleras en lugar de ascensores y recorrer trayectos cortos en bicicleta.

Hay que ofrecer a los niños y adolescentes las instalaciones necesarias y la oportunidad de participar en programas diarios de ejercicio agradable para que la actividad física se convierta en hábito que dure toda la vida.

Es preciso animar a los adultos a aumentar su actividad física habitual poco a poco, con el fin de que puedan hacer a diario por lo menos 30 minutos de ejercicio físico de intensidad moderada, por ejemplo: caminar rápido y subir escaleras.

Se debe instar a los ancianos, incluso a los de edad más avanzada (cuyo número va en aumento en todo el mundo), a llevar una vida físicamente activa para mantener su independencia de movimiento y autonomía personal, reducir los riesgos de lesiones físicas y promover una nutrición óptima. Con ello se facilitará su desempeño en la sociedad y sus relaciones sociales.

Las personas con discapacidades o enfermedades crónicas deben recibir orientación con respecto al ejercicio y contar con instalaciones apropiadas a su capacidad.

Es preciso divulgar ampliamente los beneficios que reporta comenzar una actividad física a cualquier edad” (pág. 63).

Pamela Hartijan (2000), Directora del Dpto. Promoción de la Salud de la OMS mencionó:

“La práctica de la actividad física constituye uno de los principales triunfos de un estilo de vida saludable y de una verdadera protección y promoción de la salud. Los resultados de numerosas investigaciones indican que la actividad física regular asegura a las personas de todas las edades, tanto hombres como mujeres, unos beneficios evidentes para su salud física, social y mental, así como para su bienestar general. La transformación de las enfermedades, la alta población joven y el aumento de la longevidad a nivel mundial precisan del desarrollo de estrategias simples orientadas a la promoción de la salud; estrategias eficaces, seguras y económicas, como la práctica de la actividad física” (pág. 21).

## ***PERSPECTIVAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD***

Se pueden identificar tres perspectivas sobre la relación entre actividad física y salud: la rehabilitadora, la preventiva y la orientada al bienestar (Devís, 2000).

La perspectiva rehabilitadora considera a la actividad física como un instrumento para recuperar la función corporal enferma o lesionada. Según Keúl, para los pacientes con enfermedades coronarias, el ejercicio físico debe estar bien dosificado como un medicamento (Airasca, 2009).

La perspectiva preventiva, utiliza la actividad física para evitar o reducir el riesgo de enfermedades o lesiones, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporosis, dislipemia o depresión, etc. (Jiménez, 2006).

En la perspectiva orientada al bienestar, la actividad física responde al desarrollo personal y social, es decir, contribuye a la mejora de la calidad de vida, por lo que su práctica se asocia al disfrute, la satisfacción, el conocimiento de uno mismo, la relación con los demás y la naturaleza, etc. (Airasca, 2009).

Estas tres perspectivas son inseparables, puesto que la actividad física se muestra como una expresión de la facultad de movimiento del ser humano, y este siempre tendrá un efecto directo en las personas al realizarla (Airasca, 2009).

## ***BENEFICIOS PARA LA SALUD***

Los resultados encontrados en distintos estudios demuestran que en las personas que realizan actividad física regularmente, la expectativa de vida es mayor que las sedentarias (Blair, 1992).

Se demostró que el ejercicio mejora el estado de salud en patologías como cardiopatía isquémica, hipertensión, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, depresión (Serra, 1996).

Se comprobó que los cobradores de buses de dos pisos tenían menos riesgo de enfermedad cardiovascular que los choferes. Esto fue atribuido a que los cobradores subían y bajaban

constantemente. Además, se encontró que los choferes tenían mayor grasa corporal en la cintura, por lo que existía más riesgo de cardiopatía (Morris, 1956).

Shepard en 1981, encontró que en los individuos con ocupaciones sedentarias, los predictores de aterosclerosis eran doblemente prevalentes (Airasca, 2009).

Se realizó un estudio retrospectivo a personal civil en Reino Unido, y se reportó que aquellos que tenían una actividad física vigorosa, es decir, aquella que requería un gasto energético de 7.5 kcal/minuto, tenían la mitad del riesgo de sufrir un ataque cardíaco, y si sucediese, este sería 50% menos fatal (Airasca, 2009).

Se realizó un estudio retrospectivo con 15000 estudiantes universitarios por doce años, encontrando que quienes gastan más de 2.500 kcal/semanales en actividad física tienen un riesgo cardiovascular 46% menor que los sujetos menos activos. El estudio indicó que quienes practicaban deportes de bajo impacto tenían un riesgo del 21%, y los de alto impacto tenían un riesgo del 37% que aquellos que no hacían actividad física. Además, se determinó que la actividad era beneficiosa si esta era de desarrollo actual y no histórica (Paffenbarger, 1978).

Steven Blair concluyó que los hombres y mujeres con buen estado físico, presentaban menor riesgo de sufrir una enfermedad coronaria. Además, el estudio masculino de Copenhage determinó que la aptitud para la resistencia colaboraba en la protección de patología cardíaca (Airasca, 2009).

Se comprobó que esquiadores profesionales de fondo vivían siete años más en promedio que la población general (Karvonen, 2009). Sarna y cols., realizaron un estudio cross-sectional, donde se sugiere que la expectativa de vida en campeones deportivos nacionales finlandeses, es superior a la población en general (Sarna, Koskenvuo, & Kujala, 1998). Sin embargo, Paffenbarger no encontró diferencias significativas entre atletas y no atletas (Paffenbarger, 1978).

Se estudió a poblaciones longevas del Caucaso, Pakistan y Vilcabamba, en los Andes ecuatorianos, encontrando como común denominador, que estas poblaciones poseen un estilo de vida físicamente activo (Airasca, 2009).

## ARTE Y SALUD

El arte es “cualquier actividad o producto realizado por el ser humano con una finalidad estética o comunicativa, a través del cual se expresan ideas, emociones o, en general, una visión del mundo, mediante diversos recursos, como los plásticos, lingüísticos, sonoros o mixtos” (Tatarkiewicz, 2002, pág. 63).

Son varios los conceptos de arte que se han dado a lo largo de la historia, sin embargo, Tatarkiewicz propone en su libro “*Historia de seis ideas*” un concepto acorde con la realidad actual.

“El arte es una actividad humana consciente capaz de reproducir cosas, construir formas, o expresar una experiencia, si el producto de esta reproducción, construcción, o expresión puede deleitar, emocionar o producir un choque” (Wladislao, 2001, pág. 67).

El arte y la salud parten de una propuesta para promover objetivos sociales, como por ejemplo a partir del arte comunitario (Wald, 2012).

Para Palacios, el arte comunitario

“se asocia a un tipo de prácticas que buscan una implicación con el contexto social, que persiguen, por encima de unos logros estéticos, un beneficio o mejora social y sobre todo, que favorecen la colaboración y la participación de las comunidades implicadas en la realización de la obra” (Garrido, 2009, pág. 199).

El uso de arte comunitario se hace visible a principios de los años 60, puesto que diversas iniciativas fueron ofrecidas por artistas y organizaciones vinculadas con las artes para trabajar con poblaciones excluidas (Hamilton, 2003). Hablar de objetivos sociales y salud es más reciente y se remonta a la década de los 90, donde algunas iniciativas entre arte y salud fueron implementadas en Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Australia, Irlanda, Canadá y Estados Unidos, las cuales buscaban que las artes tengan un rol importante en el mejoramiento de la salud y el bienestar de las comunidades (Clift, 2005). Previo al surgimiento de este concepto, ciertas manifestaciones artísticas se podían encontrar en

hospitales y otras instituciones de salud, o en la comunicación de mensajes saludables (Clift, 2005).

El arte y salud es el conjunto de iniciativas que a partir del arte pretenden obtener beneficios terapéuticos, establecer mejoras en los servicios de salud, promover campañas de comunicación en salud participativas, mejorar el capital social<sup>1</sup>, vínculos comunitarios y generar espacios de integración social (Wald, 2012).

El interés por los beneficios del arte sobre la salud hacen que se publiquen investigaciones que hacen más visible este concepto (Smith T. , 2001). Los resultados en términos de salud y bienestar que las iniciativas artísticas pueden generar son individuales y colectivas. Entre los resultados individuales, Wald cita a la autovaloración, autoestima, confianza en uno mismo, orgullo por los logros conseguidos, sensaciones de disfrute, bienestar y pertenencia, habilidades expresivas y cognitivas, motivación, compromiso, comprensión de uno mismo, posibilidad de expresarse, habilidades para la negociación y resolución de problemas. Los colectivos pueden dividirse en unos resultados al interior del grupo como: amistad, sociabilidad, relaciones de confianza, habilidades para la organización y resultados con la sociedad, como: construir una imagen positiva de las personas que viven en contextos de vulnerabilidad social, orgullo de los grupos marginados, incremento del sentido del derecho, redes sociales y vínculos comunitarios (Wald, 2012).

Además es necesario entender que para que se faciliten estos resultados, se recomienda: a) un proceso de creación y calidad artística, b) que las actividades artísticas no necesariamente sean de contenido social o educacional (muchos participantes lo desaprueban), c) que el espacio permita la interacción entre docentes y participantes, que sea distendido (Everitt, 2003).

Ante los beneficios mostrados en torno al arte comunitario, se consideran actividades accesibles y efectivas de promoción de salud. Pero también cabe mencionar que no todas las

---

<sup>1</sup> Coleman define a capital social como “los recursos socio-estructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones comunes de quienes conforman esta estructura” (ARRIAGA, 2003, pág. 564).

iniciativas de arte comunitario obtendrán estos resultados. Los logros en materia de salud obtenidos, dependerán del modelo de intervención, de la estrategia pedagógica y de los modelos de participación que se promueve en cada proceso (Everitt, 2003).

La relación entre arte y salud permite que el individuo explore su creatividad, cree vínculos solidarios, afectivos y se empodere de sí mismo. “Participar en cualquier actividad artística posibilita ser aplaudido en lugar de siempre aplaudir, ser protagonista en lugar de espectador, nos permite decir agradezco vuestra presencia en lugar de gracias por participar” (Caruso, 2016, pág. 252).

En Latinoamérica el concepto arte y salud se profundiza a partir del Primer Foro Internacional Arte, Puente para la Salud y el Desarrollo, organizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Red Latinoamericana de Arte para la Transformación Social (RLATS) en Lima en 2009, donde artistas, miembros de organizaciones de arte y cultura, trabajadores de salud, de educación y de desarrollo social, funcionarios públicos y miembros de la comunidad académica y científica de Argentina, Bolivia, Brasil, Bulgaria, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Estados Unidos de América, El Salvador, Guatemala, Honduras, Israel, Perú y Uruguay se reunieron para establecer lazos entre instituciones y personas vinculadas al arte, la salud y desarrollo, y así buscar estrategias creativas y efectivas para mejorar la calidad de vida de estas poblaciones (OPS/OMS y Red Latinoamericana de Arte para la Transformación Social, 2009).

Uno de los resultados de este foro fue la Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo (2009), donde se destaca que:

“El arte es una necesidad y un derecho humano que garantiza el acceso a los bienes simbólicos y a la producción universal de sentido con identidad; que clarifica e ilumina nuestras experiencias colectivas, pasadas, presentes y futuras; que el arte empodera, provoca y genera relaciones más democráticas e igualitarias y es considerado un fin y un medio en la producción de subjetividad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, su protocolo adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), el Convenio de la OIT, la Declaración sobre la diversidad cultural y la Declaración de la ONU sobre Pueblos indígenas, la Convención sobre los Derechos del Niño, Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial de UNESCO y la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural reconocen “el disfrute del más alto nivel posible de la salud y la participación en la vida cultural y artística de la comunidad como derechos fundamentales de todas las personas”.

Dado que el arte es una expresión integradora de las dimensiones psíquicas, emotivas, sociales, culturales, racionales, físicas y espirituales de los individuos y las sociedades y que promueve procesos de transformación, es un verdadero puente para la salud y el desarrollo” (págs. 2-3).

## ***DANZA***

La danza es definida como “actividad sensomotriz de carácter rítmico, que implica factores físicos, psíquicos y sociales” (Carmen Padilla Moledo, 2013, pág. 194).

Hacer danza permite elevar los niveles de actividad física de un individuo, mejorar su condición física y su estado cardiovascular (Oliveira, 2010). Además un estilo de vida que incluya actividad física continuada se asocia a reducción del riesgo de enfermedad cardíaca coronaria, diabetes tipo 2, obesidad, cáncer, artritis, disfunción sexual, depresión, ansiedad, trastornos del estado de ánimo, y deterioro cognitivo (Pate RR, 2008).

Además de los beneficios antes mencionados al ser esta una actividad física, hay que tomar en cuenta que la danza también busca que los participantes, según Adler, se muevan utilizando sus sensaciones, sus vivencias, sus impulsos internos (Adler, 2002), es decir, que contacten con la parte consciente e inconsciente de su personalidad (Carmen Padilla Moledo, 2013). Esto-permite entender como la danza también tiene beneficios en salud mental. Jeong

ha estudiado la práctica de la danza en adolescentes, encontrando que los niveles de serotonina aumentaron y decrecieron los de dopamina, produciendo mejoras en los síntomas depresivos (Jeong, 2005). Incluso la danza es recomendada como tratamiento no farmacológico en patologías como la demencia por la Asociación Americana de Neurología (Doody, 2001).

Estudios con niños encontraron que la danza ayudaba a disminuir niveles de estrés, emociones negativas, mejoraba el autoestima y la confianza (South, 2005). Varios estudios con adolescentes muestran que la danza mejora la calidad de vida (salud, capacidad funcional, relaciones sociales, bienestar material, bienestar personal, bienestar social), la salud autopercebida (Duberg, 2013), y los niveles de emociones negativas (depresión, ansiedad, hostilidad, obsesión, ideas paranoicas e ideas psicóticas) (Jeong, 2005). En un estudio con adolescentes obesos se encontró que la danza mejoraba las relaciones con los padres (Wagener, 2012).

En la población adulta sana, la danza mejora el estado de ánimo, las relaciones sociales y los niveles de energía (Berrol, 1997). En mujeres adultas obesas, la danza mejora su autoimagen corporal y su calidad de vida (Muller-Pinget, 2012).

En adultos enfermos de cáncer sometidos a sesiones de danza, esta disminuye el nivel de preocupación a nivel psicológico (problemas para dormir, stress, ansiedad, etc.) y a nivel físico (dolores corporales, problemas de movilidad, problemas respiratorios etc.) (Selman, 2012). Se encontró una leve mejoría de los niveles de ansiedad en pacientes adultos con depresión, enfermedades bipolares, esquizofrenia y ansiedad (Hackney, 2010).

En adultos mayores sanos se encontró que la danza mejora sus niveles de ansiedad, angustia, bienestar y calidad de vida (Studenski, 2010). En adultos mayores con demencia, su práctica ayuda en sus relaciones sociales (Palo-Bengtsson, 2002).

## ***TEATRO***

Se define al teatro como “una acción en la que se representa una sucesión de circunstancias. Esta acción es siempre imaginaria y se realiza ante un público colectivo, en un lugar previamente convenido, y por unos personajes encarnados material y circunstancialmente por actores” (Berenguer, 1992, pág. 15).

Los estudios sobre beneficios que tiene el teatro para la salud pueden dividirse en aquellos que investigan el beneficio en el individuo que lo practica, en los espectadores, en el teatro como terapia y como promoción de salud.

### ***BENEFICIOS PARA LA SALUD DE PRACTICAR TEATRO***

En 2006 se realizó un estudio cualitativo para analizar las entrevistas de actores amateurs en Gran Bretaña luego de una función. Se reveló que los participantes aumentaron su sentido de auto-enriquecimiento, autoestima y aumento de su capacidad de aprendizaje, así como también de nuevas amistades y disfrute (Pyman T., 2006).

En Adultos Mayores se estudió la exposición a la práctica teatral por 4 semanas, 8 sesiones, donde se encontró una disminución de factores de riesgo para demencia en adultos mayores sanos, aumentos significativos de memoria a corto y largo plazo, comprensión, creatividad, fluidez verbal y capacidad de resolución de problemas. Además de los logros cognitivos, se evidenció un incremento significativo de la escala de crecimiento personal y en tareas de la vida diaria (Noice H., 2009).

En 1985, encontró que la exposición a tres sesiones de teatro por seis semanas contribuye a cambios positivos en la ansiedad y a una disminución de hostilidad, usando una escala para medir el efecto inmediato. No se utilizó ningún grupo control, por lo que la significancia no pudo ser evaluada (Davis, 1985).

Se estudió el impacto de clases de actuación de un colectivo teatral, quienes practicaban dos horas diarias, seis veces a la semana. Se encontró una mejora percibida en bienestar psicológico, salud física y disfrute de interacción social (Yuen, 2011).

### *BENEFICIOS EN SALUD DEL ESPECTADOR DE TEATRO*

En 2016 la Universidad de Oxford publica un artículo sobre los beneficios de ver teatro, donde 148 jóvenes fueron incluidos en el estudio, el cual examinó el grado en el que la contemplación al drama conduce a cambios cognitivos y mejora del bienestar. Luego de cuatro semanas se encontró que los participantes mejoraron la percepción subjetiva de autocompasión, aumentó el procesamiento cognitivo, y de auto-eficiencia emocional que se asoció a una mejor salud psicológica y general. Todo esto se determinó a partir de las reflexiones que los participantes realizaban luego de la exposición (Graham-Engeland, 2016).

### *PROMOCIÓN DE SALUD Y TEATRO*

La promoción de salud también se ha beneficiado del teatro para cumplir objetivos sociales, esto es visible por medio del teatro para la transformación social. En este contexto, Persino investiga experiencias de teatro para la promoción de salud que actualmente se aplican en Argentina. Estas se subdividen en un teatro participativo, comunitario, intervencionista y foro-teatro (Persino, 2013).

El teatro participativo junta a personas sin experiencia ni formación actoral que no pertenecen a una misma comunidad para una posterior creación teatral y puesta en escena de sus obras para lograr una integración social. Por ejemplo: la cooperativa teatral ADISA (Artistas Discapacitados Argentinos) trabajan con personas con discapacidad recibiendo entrenamiento actoral, expresión corporal y desarrollan una obra clásica anual (Persino, 2013).

El teatro comunitario es una creación hecha con la comunidad y realizada en la comunidad. Un ejemplo del mismo es el trabajado por Cristina Paravano en el Hospital Argerich de Buenos Aires, donde formó un grupo con pacientes, personal administrativo, de limpieza, médicos, entre otros profesionales de la atención de la salud, y algunos vecinos, para a través del teatro hablar sobre las situaciones que ocurren en el hospital y en las que ellos están presentes. La propuesta fue que mediante el humor se logró una reflexión sobre la realidad

hospitalaria. Esto se lo realizaba en espacios públicos hospitalarios y ante un público de tránsito. Sus objetivos eran mejorar sus capacidades creativas, expresivas y afianzar su capital social en su comunidad. Además, este proceso permite horizontalizar las relaciones entre individuos y abolir la jerarquía de la sociedad hospitalaria.

El teatro intervencionista es una creación hecha para una comunidad y llevada a la misma por actores profesionales (Kershaw, 1992). Pueden ser ejemplos de este tipo de teatro lo realizado por Clown Care en EE.UU. o Payamédicos en Argentina, los cuales tienen por objetivo, que sus actuaciones repercutan en el bienestar psíquico y general del paciente, permitiendo procesos de recuperación. En este caso, el teatro viene a ser visto como terapia, la misma que a partir de la risa provoque un aumento de endorfinas y contribuya para el bienestar del paciente.

El foro-teatro, es una técnica de Teatro del Oprimido, ideada por Augusto Boal, en la cual los miembros de una comunidad son invitados al escenario, donde actores profesionales están llevando a cabo una acción, con el objetivo de proponer soluciones a problemas de su comunidad (Boal A. , 1975). Se puede mencionar aquí el trabajo del grupo Teatro Para Armar de Argentina, quienes trabajan con estudiantes secundarios en temas como prevención de VIH/SIDA, prevención de consumo de drogas, etc. Entre sus objetivos esta generar inquietudes, promover un tipo de educación dialógica que visibilice los problemas y abra el debate (Persino, 2013).

La OMS en 1996 destaca la importancia del foro teatro en la promoción de salud al anunciar que “el «foro teatral», mediante piezas dramáticas breves, facilita el debate e impulsa al público a preguntar qué es lo que se puede hacer para resolver los problemas que se presentan” (Rancourt, 1996, pág. 67), y muestra experiencias de la misma en Malí donde se trabajó sobre planificación familiar y menopausia, Quebec donde se habló sobre trastornos mentales, y Sherbrooke sobre exposición de las mujeres a la infección por el VIH (Rancourt, 1996).

Se puede mencionar también los procesos de teatro educativo que se realizan para promover salud. El teatro educativo es la representación de un guion estructurado, cuya escenificación

trata sobre un tema. Debe tener un lenguaje no verbal y verbal comprensible para el público y que motive la participación de la audiencia (MINSAs, 2000). Esta estrategia se la utiliza en promoción de salud con el objetivo de prevenir enfermedades, hábitos perniciosos, despertando el interés de la audiencia, la curiosidad y búsqueda de posibles soluciones (Larrauri, 2005).

### *TEATRO COMO TERAPIA*

El teatro como terapia o Drama Terapia se desarrolla a partir del trabajo de *'remedial drama'* de Peter Slade en los años 1940 y 1950 y Sue Jennings en los años 1960 y 1970. Tiene sus raíces en las influencias del teatro griego (con sus ideas de ritual y la catarsis), las ideas de Winnicott en 1971 sobre la relación entre el juego y la terapia, y el concepto de teatro como acción social de Boal en 1982 (Boal A. , 1982).

En el Reino Unido ha sido usada por décadas como psicoterapia en personas en las cuales las terapias convencionales o *'talking therapies'* no han tenido buenos resultados. Se ha trabajado con personas con discapacidades moderadas a graves de aprendizaje, personas con demencia y pacientes con esquizofrenia.

Las bases teóricas del uso de teatro como terapia están en la conceptualización del teatro como contenedor. Esta premisa es aplicable en pacientes con esquizofrenia, en los cuales las emociones pueden estar desordenadas y son de difícil contención. En el drama terapia se evidencia la separación entre el mundo del drama y el mundo del individuo, esto ofrece un grado de regulación ambiental que compensa la falta de autorregulación del paciente (Bielanska A, 1991). Otro concepto importante es el distanciamiento estético, el cual partiendo de un elemento del drama como es el *'make-believe'*, permite trabajar con un material sensible para los participantes. Este material no siempre se evidencia en terapias convencionales, puesto que ciertos pacientes los llegan a negar o a ocultar, por lo que resulta innegable la función que realiza el drama terapia en los mismos. El efecto de distanciamiento que tiene el teatro permite que los pacientes tengan una *'red de seguridad'* donde puedan abrir procesos mentales que en un inicio resulten dificultosos a ser tratados (Ruddy RA, 2007).

El inicio de esta terapia se lleva a cabo a partir de juegos de teatro y ejercicios de improvisación para fomentar la espontaneidad y la creatividad dentro de un marco seguro, lo que Jennings propone como un modo creativo y expresivo de la terapia (Jennings, 1990). En otro nivel de la terapia se busca que los participantes exploren nuevos roles a partir de las proyecciones que ellos han obtenido de su terapia, es decir, le den una posible solución a su problema (Jenkyns, 1996).

En 2007 se realiza un meta análisis con artículos científicos relacionados con drama terapia y esquizofrenia, en el cual los autores destacan que esta terapia aún está en evaluación, y que aún no están claros sus posibles beneficios (Ruddy RA, 2007).

Dentro de las terapias que se ha estudiado a partir del teatro, se puede mencionar a la Terapia de la Risa, la cual se basa, en los estudios que muestran como la risa produce la liberación de endorfinas y otros neurotransmisores, que entre sus funciones destacan, la mejora de la función inmunológica, disminución del dolor, del grado de estrés físico y mental, mejorando la calidad de vida del paciente, y logrando mejores relaciones entre paciente y profesionales de la salud (Verónica Acevedo, 2010).

Cousins encontró que 10 minutos de risa producto de la visualización de películas lograban un efecto analgésico y dos horas de sueño sin dolor en pacientes con enfermedades crónicas. Al finalizar el estudio no se pudo distinguir si este resultado fue por efecto de la risa o de las altas dosis de vitamina C administrada, pero permitió que más investigaciones respecto a esta se realizaran (Mora Ripoll R, 2008).

Se realizó un estudio de casos y controles en pacientes oncológicos, el cual mostró como esta terapia a partir de la exposición a películas de humor y de otros géneros, logró disminuir los niveles de estrés y aumentar las células natural killer, en los pacientes que vieron películas de humor (Bennett M, 1999).

Un estudio realizado en pacientes con Artritis Reumatoide como grupo caso y con individuos sanos como grupo control se llevó a cabo por Nakajima y colaboradores, quienes expusieron a pacientes con esta enfermedad y al grupo control a la intervención de un humorista. Se encontró una disminución la IL 6 en los pacientes en comparación con el grupo control y de

TNF  $\alpha$  en los pacientes que tenían una proteína C reactiva menor a 1 luego de la intervención. La conclusión del estudio fue que la terapia de la risa afecta los niveles séricos de estas citoquinas dependiendo de la actividad de la enfermedad (Matsuzaki T, 2006).

Se ha estudiado el efecto de los “payasos de hospital” en el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor, encontrando que en los niños entre tres y ocho años no se modificaron estas conductas con la terapia de la risa, pero en niños de nueve a trece años si hubo un cambio positivo de su conducta, aunque no fue significativo (Meisel V, 2009).

## **MÚSICA**

Es el “arte de combinar los sonidos de una manera agradable al oído” (Rousseau, 2007, pág. 281). Para Oswald representa un “refinamiento artístico de actividades biológicamente conducidas que sirve a la necesidad de comunicación, auto-orientación, contacto social y expresión emocional a través de la producción de sonidos” (Reyes, 2000, pág. 300).

Los beneficios que tiene la música en la salud se han estudiado en quien la practica, en la música como promoción y prevención de salud, y en la música como terapia. Se estudiará algunos de estos conceptos a continuación.

### ***BENEFICIOS PARA LA SALUD DE PRACTICAR MÚSICA***

En 2014 se publica una revisión sistemática titulada ‘*the psychoneuroimmunological effects of music: A systematic review*’, en el mismo se seleccionó 63 estudios desde hace 24 años hasta la actualidad. La investigación tiene como objetivo relacionar los sistemas de estrés e inmunológicos con la música (Fancourt, 2014).

Entre los resultados que se obtuvieron, 32 estudios examinaron el efecto de la música en las hormonas, de los cuales 18 reportaron la reducción de niveles de cortisol en quienes tocaban algún instrumento musical (Conrad, 2007).

Koyama encuentra una disminución de la IL-6 en adultos jóvenes durante ejercicios de percusión. En adultos mayores, aumentó la IL-6, el interferón-gamma, y fue acompañada de una respuesta de leucocitos significativa (Fancourt, 2014).

En ocho estudios se encontró un aumento en el nivel de IgA luego de una serie de intervenciones musicales. Se encontró un mayor aumento de esta cuando los participantes estaban más involucrados y practicaban la música que les gustaba (Fancourt, 2014).

En 2001 se publica un artículo relacionado con la exposición a clases de percusión en individuos sanos. En ellos se encontró un aumento de relación DHEA (Dehidroepiandrosterona):Cortisol y aumento de las células natural killer. Esto se asocia con aumento de la sensación de bienestar, puesto que la disminución de cortisol se correlaciona con bajos niveles de estrés, y el aumento de DHEA con estados afectivos positivos. La conclusión del artículo fue que la música contribuyó a producir cambios neuroendocrinos e inmunológicos positivos contrarios a los que produciría una respuesta de estrés clásica (Bittman, 2001).

#### *BENEFICIOS PARA LA SALUD DE ESCUCHAR MÚSICA*

La relación cortisol/dehidroepiandrosterona disminuyó cuando los participantes del estudio escuchaban música relajante, junto con un aumento de la hormona del crecimiento (Conrad, 2007).

En 2012, Ventura y cols., encuentran que la ansiedad disminuyen al igual que los niveles de cortisol cuando se escucha música relajante (Fancourt, 2014). La presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria se redujeron en individuos expuestos a este tipo de música. Mientras al estudiar el tempo de la música, se determinó que esta reducía la frecuencia respiratoria. Además se encontró que un tempo rápido aumentaba la presión arterial (Bernardi, 2006).

En 1983, se demostró que escuchar a Mozart tenía más de un impacto en signos vitales que una sesión de relajación progresiva (Kibler, 2014).

Nilsson encontró un aumento de oxitocina cuando los participantes escuchaban música relajante (Nilsson, 2009). En el caso de la testosterona se registró un aumento en hombres que escuchaban la música que les gustaba, pero se encontró una disminución de la misma en mujeres. No hubo cambios significativos en cortisol, hormona adrenocorticotropa, epinefrina y norepinefrina (Migneault, 2004).

Hirokawa y Ohira destacan que estímulos a través de la música aumentaron los niveles de CD4+ T en el plasma, pero no fue significativo los resultados de CD8+ T, leucocitos y medidas endócrinas (Hirokawa, 2003). En adultos mayores que practicaban percusión se encontró un aumento de células CD4 + T, aumento en los linfocitos y células T de memoria. Esto no fue encontrado en adultos jóvenes (Koyama, 2009).

En el caso de IL-6, esta disminuyó en adultos mayores expuestos a sesiones de música relajante (Okada, 2009).

### *MÚSICA EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD*

En la promoción de salud, la música se ha utilizado como elemento motivacional en programas de intervención o para dinamizar los mismos. Se ha utilizado para la transmisión de mensajes de salud e interés comunitario.

En la prevención, la música se ha usado en estrategias anti-estrés, además en psico-profilaxis del dolor y del parto. Ha sido importante para proporcionar relajación y ser inductor de la meditación, cuando se acompaña de otras técnicas (Reyes, 2000).

En 2012 se publica un estudio donde se acercó música académica y practica orquestal a sectores sociales vulnerables; se ofrecía clases de instrumentos, lenguaje musical y práctica orquestal en Buenos Aires. Entre los resultados que se obtuvieron fue que los jóvenes encuentran un espacio de socialización distinto al que existen en sus barrios, se sienten orgullosos de lo que han logrado, creen en ellos y en lo que pueden hacer, disfrutan de tocar, se sienten valorados por personas de distintos sectores sociales (Wald, 2012).

Este es un ejemplo de como la música puede ser una estrategia para la transformación social, como ya se mencionó anteriormente, e involucra claramente un proceso de promoción de salud, ya que se puede identificar indicadores intermedios como autovaloración, autoconfianza, autoestima, habilidades expresivas, capacidades para la socialización, relaciones grupales positivas, motivación, compromiso, orgullo por los logros conseguidos, sensaciones de disfrute, de bienestar, de pertenencia, etc. (Wald, 2012).

Al ser un estudio cualitativo, uno de los resultados arrojó el siguiente comentario de uno de sus maestros:

“La orquesta es como una pequeña sociedad. Cada uno tiene que aprender a cumplir un rol, escucharse entre ellos, escuchar al director, y todos tienen que caminar juntos [...] En una orquesta estás ocupando un espacio, si aprendiste y estudiaste vas progresando, en vez de estar en el último atril vas a estar en el primero [...] Estudiar música implica poner monedas en una alcancía [...] Es una habilidad acumulativa que empieza a fomentar algunos valores: la perseverancia, la voluntad de sentarse a hacer algo con continuidad durante mucho tiempo. Son una serie de valores difíciles para los tiempos que corren [...] Hay que comprar hoy y mañana tirar. Estudiar no vale la pena, hay que copiarse. Nosotros, casi sin darnos cuenta, estamos fomentando otros valores” (Wald, 2012, pág. 1057).

### *MÚSICA COMO TERAPIA*

La musicoterapia tiene 3 aspectos importantes: la sono-terapia, que involucra el estado fisiológico de la vibración; la ritmo terapia, que trata el estado dinamogénico de la música, es decir, como el ritmo estimula la relación entre los niveles sensorial, afectivo e intelectual; y la melo terapia, que involucra el estado afectivo, como la melodía se relaciona con la motricidad y emociones (Reyes, 2000).

Entre los estudios que hablan sobre la música como terapia, se pueden mencionar los siguientes:

Se realiza un estudio en pacientes con enfermedad cerebrovascular y demencia, donde la exposición a música relajante disminuyó la cantidad de adrenalina y noradrenalina, lo que sugiere una respuesta a la relajación. Sin embargo, otros autores no reportan cambios significativos en las mismas (Okada, 2009).

Se estudió la persistencia de recuerdos usando música de importantes periodos de la vida de pacientes con Alzheimer, encontrando que luego de 10 semanas de intervención, los pacientes registraron recuerdos importantes por 3 semanas (Sakamoto, 2014).

En 2007, se encontró que escuchar música relajante puede ser tan eficaz como el diazepam, al reducir los signos vitales en pacientes con ansiedad (Berbel, 2007).

Música clásica se utilizó en estudios con pacientes que presentaban una respuesta alérgica. Se estudió los niveles de IL, encontrando que la música de Mozart regulaba niveles de IL 4, 10 y 13, interferón gamma e IL 12. No se registró una respuesta significativa con música de Ludwig van Beethoven and Franz Schubert, aunque se registró una respuesta relajante (Bartlett, 2014).

Se investigó la respuesta alérgica y música, en pacientes con alergia alimenticia, encontrando que la música reduce los niveles de histamina (Kejr, 2010). En pacientes con dermatitis atópica que presentaron alergia al látex, se determinó que la música de Mozart reducía los niveles de IgE. El autor atribuye esta disminución a una reducción más amplia del nivel de estrés con la música de Mozart (Kimata, 2003).

Esta revisión sistémica concluye que la música tiene un efecto significativo en la capacidad del sistema inmune para combatir la enfermedad, y recomienda utilizarla en establecimientos de salud, salas de espera, procedimientos como cirugía, quimioterapia y psicoterapia (Fancourt, 2014).

## **CAPÍTULO 4**

### **SITUACIÓN ACTUAL DE LA PUCE**

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador es una universidad privada fundada en 1946 por la Compañía de Jesús<sup>2</sup>. Actualmente cuenta con 16 unidades académicas de pregrado y 10 de postgrado. Tiene un total de 10335 estudiantes en su sede Quito, de los cuales 8830 corresponden a pregrado, 1257 a postgrado y 248 a cursos abiertos (Dirección de Informática PUCE, 2016).

Su organigrama estructural incluye a un Consejo Académico responsable de cuatro direcciones importantes en la universidad como son: Dirección General Académica, Dirección General de Estudiantes, Dirección General Administrativa y la Dirección General Financiera.

Dentro de la Dirección General de Estudiantes se encuentra la Dirección de Bienestar Estudiantil. La misma dirige tres coordinaciones vinculadas a actividades extracurriculares, que permiten la formación integral de los estudiantes de la PUCE. Entre ellas tenemos la Coordinación de Deportes, de Cultura y de Promoción de Salud (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2016).

#### ***COORDINACIÓN DE DEPORTES***

Se encarga de la planificación y ejecución de deporte y actividades de recreación en la Universidad. Además, impulsa este tipo de actividades tanto para estudiantes como para personal docente y administrativo.

La Coordinación de Deportes de la PUCE es el espacio donde se desarrolla la actividad del Club Deportivo Especializado Formativo “Estudiantes de la Católica”, fundado en la Ciudad de Quito, el 6 de marzo de 1990 mediante acuerdo ministerial N° 389. Es una entidad de

---

<sup>2</sup> Fundada por la Compañía de Jesús y por el Sr. Arzobispo de Quito, Card. Carlos María de la Torre, durante la segunda presidencia del Dr. José María Velasco Ibarra. Cofundador y primer Rector fue P. Aurelio Espinosa Pólit, S.J.

derecho privado, sin fines de lucro, con finalidad social y pública. Es una entidad deportiva autónoma orientada a alcanzar el alto rendimiento deportivo, la búsqueda y selección de talentos en la iniciación deportiva.

Entre sus objetivos expuestos en el Ministerio del Deporte (2014), se encuentran:

- a) “La búsqueda y selección de talentos, iniciación deportiva, enseñanza y desarrollo, orientado a alcanzar el alto rendimiento deportivo;
- b) Fomentar por todos los medios posibles la formación y práctica del deporte para el mejoramiento físico, moral, social, técnico y la calidad de vida de sus socios y deportistas;
- c) Estimular el espíritu de cooperación y las buenas relaciones humanas entre los miembros y sus dirigidos (deportistas);
- d) Mantener y fomentar las relaciones deportivas en la entidad en concordancia con otras similares;
- e) Dar facilidades a las y los deportistas para la conformación de selecciones en diferentes disciplinas;
- f) Buscar el alto rendimiento deportivo, a través de la enseñanza formativa en sus deportistas;
- g) Motivar y promover la afición al deporte y práctica del deporte;
- h) Auxiliar a socios y deportistas en caso de enfermedades, accidentes o calamidad doméstica, debidamente comprobada;
- i) Organizar el mayor número de competencias deportivas internas y externas, por resolución de sus directivos o de las autoridades deportivas superiores” (pág. 4).

La Coordinación de Deportes a través del Club “Estudiantes de la Católica”, se especializa en la práctica de disciplinas permanentes como: fútbol, ajedrez, aerobicos, acondicionamiento, atletismo, baloncesto, rugby, taekwondo, voleibol, tenis de mesa, las cuales cuentan con entrenador propio y externas como: tenis de campo, andinismo, ciclismo, natación y kendo que tienen organización propia.

A partir de el segundo semestre 2015-2016 la coordinación de deportes lanza una estrategia para la participación de la comunidad universitaria y público en general en sus actividades deportivas. Esta incluye la inscripción previa y la obtención de la PUCECARD que permite al usuario hacer uso del gimnasio e instalaciones deportivas, la participación en torneos interfacultades, en clubes deportivos, acudir al servicio de fisioterapia en caso que se requiera, participar en eventos como De la Cato al Coto, Puce 7K, etc.

El manual del estudiante publicado en 2015 resalta entre los propósitos de la coordinación, el “contribuir al bienestar personal de los estudiantes a través de la práctica deportiva e incrementar la actividad deportiva en la comunidad universitaria como parte de la formación integral de los estudiantes” (Facultad de Ciencias Humanas PUCE, 2016).

Entre los beneficios que presenta esta coordinación se encuentran: la practica de actividad deportiva y recreativa en tiempos libres, representar a la universidad en eventos oficiales, recibir una beca de estudios<sup>3</sup>.

En una entrevista otorogada por Mauricio Cordova, Coordinador de Deportes de la PUCE sede Quito, se informó sobre la cantidad de personas que se han adquirido los servicios de la PUCECARD, y por ende, de los servicios deportivos que tiene la universidad. Hasta finales de Mayo del 2016, se registraron a 520 beneficiarios, de los cuales, 424 son estudiantes y 96 son administrativos. Mencionan que cerca de 160 a 170 asisten regularmente a las disciplinas y servicios deportivos. Además, comenta que semestralmente se otorgan 85 a 100 becas a los estudaintes que asisten reguarmente a las disciplinas deportivas (Córdova, 2016).

### ***COORDINACIÓN DE CULTURA***

Es la encargada de la actividad artística y cultural de los estudiantes de la PUCE. Inicia su trabajo a partir de los Grupos y Talleres Culturales creados en 1993, a partir del proyecto de espacios recreativos de la Federación de Estudiantes en ese año. En 1995 el proyecto pasa a

---

<sup>3</sup> La participación del estudiante de la PUCE en una disciplina otorga al deportista destacado una beca de estudios que va entre 45 al 100%.

ser administrado por a la Pontificia Universidad Católica, a través del Comité de Deportes y Cultura. En 1998 es un espacio dependiente de la Dirección General de Estudiantes, conociéndolo desde ese momento como Coordinación de Cultura (Arroyo, 2016).

Su trabajo se direcciona hacia la comunidad universitaria y en específico hacia los estudiantes por medio de Grupos Artísticos como coro, danza, contemporánea, grupo de cámara, danza española, grupo de danza folclórica ecuatoriana, grupo de teatro clásico. Estos grupos cuentan con un proceso formativo en su área, desarrollan proyectos de puesta en escena, y representan a la PUCE dentro y fuera del país.

Otro punto importante de su trabajo son los Talleres de iniciación a las Artes que brindan una amplia gama de posibilidades creativas como son: escuela de guitarra clásica, escuela de guitarra popular, danza árabe, danza tropical, danza aérea, danza neoclásica, tuna universitaria, dibujo y pintura, actuación, capoeira, canto, tango y folklore argentino.

Los propósitos de la Coordinación de Cultura se centran en “incentivar la práctica y desarrollo de actividades artísticas y culturales que apoyen la formación integral del estudiante, contribuir al desarrollo de la cultura en los estudiantes y contar con un espacio de esparcimiento alternativo a la actividad académica” (Facultad de Ciencias Humanas PUCE, 2016).

La participación de los estudiantes en una actividad artística les permite representar a la universidad en eventos dentro y fuera del país, y recibir una beca parcial de estudios como integrante destacado de los Grupos Artísticos<sup>4</sup>.

En el primer semestre 2015-2016 se registraron 826 inscritos en las actividades culturales que oferta la Coordinación de Cultura. Además, en el informe presentado en 2016 sobre el FINANCIAMIENTO DE LOS PROYECTOS DE GRUPOS Y TALLERES CULTURALES, se destaca que este servicio ha permitido la integración de Grupos del Sistema Nacional PUCE (SINAPUCE) mediante festivales, presentaciones artísticas, así

---

<sup>4</sup> La beca que otorga la universidad como integrante destacado de los Grupos Artísticos es del 30% de los créditos semestrales.

como el fortalecimiento de lazos con las Universidades Jesuíticas de América. Además, ha sido una fuente de bienestar, física y mental, a través de la formación artística, e integral (Arroyo, 2016).

### ***COORDINACIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD***

La Coordinación de Promoción de Salud es un espacio creado en 2001 como parte de la Dirección de Bienestar Estudiantil. Entre sus objetivos está realizar actividades que promuevan la salud de forma integral e inclusiva, como talleres, conversatorios, charlas, actividades lúdicas y foros, etc. A partir del año 2008 su accionar se concentra en toda la comunidad universitaria: estudiantes, docentes, administrativos (Dávila, 2015).

La dirección y manejo de este espacio se lo realiza por profesionales capacitados en temas de salud y promoción de salud. Además, los estudiantes de la PUCE han sido un eje importante en su funcionamiento, puesto que aquí realizan sus prácticas pre profesionales estudiantes de las carreras de Psicología Clínica, Psicología Educativa, Trabajo Social y Nutrición.

Entre los servicios que ofrece están las áreas de orientación, información y educación para la salud en campos como apoyo psico-emocional, atención y seguimiento a estudiantes con discapacidad, sexualidad sana, nutrición y alimentación saludable. Estos servicios no tienen costo para estudiantes, administrativos y docentes de la PUCE. Los distintos servicios en salud permiten a quienes trabajan en esta coordinación la remisión de una u otra asistencia dentro del mismo espacio, es así como el trabajo es interdisciplinario.

Entre sus funciones también está la formación de grupos de estudiantes en temas de salud, conocidos como Líderes en Salud Juvenil. Esta es una propuesta para que los estudiantes descubran la importancia de cuidarse y cuidar a otros. Es una experiencia grupal que permite auto conocerse y descubrir como estar sano y sanar a los demás (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2016).

### ***RED DE UNIVERSIDADES SALUDABLES***

Desde el 7 de abril del 2015, la PUCE integra la Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras de Salud y el Bienestar (REUPSB) y actualmente se encuentra coordinando la misma. Esta red tiene como objetivo trabajar a favor de la salud de la comunidad universitaria de forma integral, compartiendo ideas y acciones entre universidades. Además es parte de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (Peralta, 2016).

El 5 de febrero de 2016, los representantes de las 44 universidades e instituciones de educación superior públicas y privadas del Ecuador, firman la Declaración de Ambato (2016), por la salud y el bienestar en las universidades del Ecuador, en la cual, declaran:

“Que se dé la máxima prioridad a las acciones encaminadas a promover la salud y bienestar de toda la comunidad universitaria del Ecuador. Que se fortalezcan en cada universidad e institución de educación superior, procesos, proyectos, acciones y servicios que promuevan la salud, que fortalezcan valores, que disminuyan la exposición a procesos peligrosos, que prevengan daños a la salud y que favorezcan la articulación de experiencias y recursos en favor del mejoramiento permanente de las condiciones para la salud y el bienestar de los miembros de las comunidades universitarias” (pág. 1).

## **CAPÍTULO 5**

### **METODOLOGÍA**

#### ***PROBLEMA***

¿Los estudiantes que no realizan actividades extracurriculares tienen mala calidad de vida y estado de salud comparado con quienes sí las realizan en la PUCE?

#### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes que realizan actividades extracurriculares, comparados con los que no las realizan en la PUCE

#### ***OBJETIVOS ESPECÍFICOS***

- Caracterizar la calidad de vida mediante la Escala GENCAT para establecer diferencias y similitudes entre estudiantes universitarios que acuden a actividades deportivas y culturales y quienes no las realizan.
- Caracterizar el estado de salud mediante el cuestionario COOP/WONCA para establecer diferencias y similitudes entre estudiantes universitarios que acuden a actividades deportivas y culturales y quienes no las realizan.
- Establecer un modelo de actividades extracurriculares como promotoras de salud, para la creación de políticas internas.

#### ***HIPÓTESIS***

La ejecución de actividades extracurriculares hace que los estudiantes universitarios tengan mejor calidad de vida y estado de salud comparado con quienes no las realizan.

**Tabla 5 Operacionalización de variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Categoría/ escala</b>	<b>Indicador</b>
Edad	Edad actual del participante	Cuantitativa	Mediana
Facultad	Nombre de la facultad que está cursando en la PUCE.	Cualitativa	Proporción
Nivel	Semestre que está cursando en la PUCE	Cuantitativa	Proporción
Genero	Roles socialmente contruidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres. «Masculino» y «femenino» son categorías de género (OMS, 2010).	Nominal M/F	Proporción
Actividades extracurriculares	Actividades que se realizan fuera del horario o lugar académico, pero que sirve para la enseñanza-aprendizaje, de una forma más creativa y práctica, y diferente a lo rutinario. Para este estudio estudiaremos únicamente las actividades culturales y deportivas	Nominal SI/NO	Proporción

Actividades que realiza	Nombre de la actividad cultural o deportiva que practica.	Nominal	Proporción
Horas de práctica	Número de horas que practica esa actividad a la semana	Cuantitativa	Mediana
Bienestar emocional	Hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.	Cuantitativa	Mediana
Relaciones interpersonales	Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.	Cuantitativa	Mediana
Bienestar material	Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales),	Cuantitativa	Mediana

Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

---

Desarrollo personal	Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).	Cuantitativa	Mediana
---------------------	--	--------------	---------

---

Bienestar físico	Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.	Cuantitativa	Mediana
------------------	--	--------------	---------

---

Autodeterminación	Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que	Cuantitativa	Mediana
-------------------	--	--------------	---------

está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.

---

Inclusión social	Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.	Cuantitativa	Mediana
------------------	---	--------------	---------

---

Derechos	Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.	Cuantitativa	Mediana
----------	--	--------------	---------

---

Forma Física	Estado de la capacidad de rendimiento psico-física de una persona en un momento dado. Se manifiesta como capacidad de fuerza, velocidad, resistencia, flexibilidad y coordinación.	Cuantitativa	Mediana
--------------	--	--------------	---------

Sentimientos	Estado de ánimo	Cuantitativa	Mediana
Actividades sociales	Conjunto de conductas aprendidas de forma natural que se manifiestan en situaciones interpersonales, socialmente aceptadas.	Cuantitativa	Mediana
Actividades cotidianas	son las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio	Cuantitativa	Mediana
Cambio en el estado de salud	Percepción de su actual estado de salud en comparación con su salud hace dos semanas. Si mejoró o empeoró.	Cuantitativa	Mediana
Estado de salud	Percepción actual de su salud.	Cuantitativa	Mediana
Dolor	Experiencia sensorial y emocional (subjetiva), desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central.	Cuantitativa	Mediana
Calidad de vida	“Es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones” (OMS, 2012).	Cuantitativa	Significancia

Calidad de vida “evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud”  
relacionada con la salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud”  
Cuantitativa Significancia  
(Schwartzmann, 2003).

## **MUESTRA**

**Universo espacial y temporal:** estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el periodo Febrero-Julio 2015 – 2016. Tenemos como referencia que en el I semestre 2014-2015 se matricularon 9376 estudiantes.

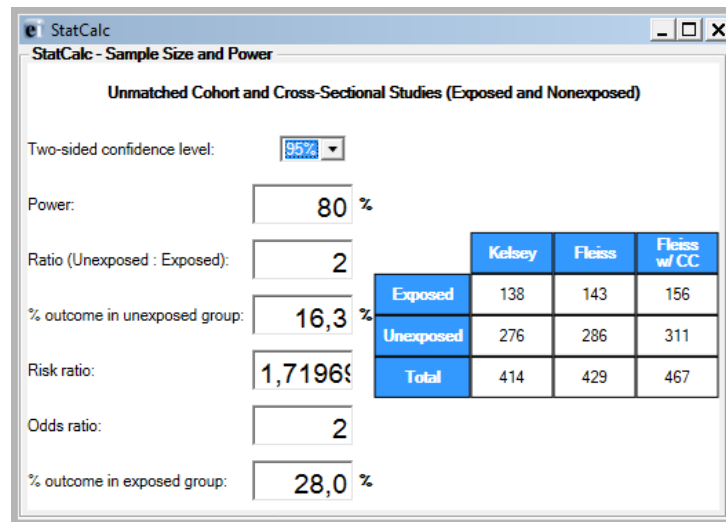
**Unidad de estudio:** Personas/estudiantes universitarios

**Tipo de muestra:** Probabilística, aleatoria simple

### **Método de muestreo**

Para calcular la muestra se utilizó un Nivel de Confianza del 95%, Poder 80%, la relación entre no expuesto y expuestos es de 2:1. Para determinar la prevalencia de expuestos se utilizó el estudio sobre Calidad de Vida relacionada con la Salud de adolescentes y jóvenes: estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, donde se encontró que la percepción del estado de salud en sus estudiantes es excelente en un 16,3% (Pacheco, 2010).

Con estos datos, se utilizó la aplicación STATCALC del Programa Epi Info, versión 7, lo que evidenció los siguientes resultados:



**Figura 6 Resultados de la aplicación STATCALC**

Recuperado de: Epi Info 7.0

La muestra en no expuestos fue de 276 estudiantes y en expuestos de 138 estudiantes.

Al no existir estudios que valoren la calidad de vida y estado de salud de estudiantes en estas actividades con este tipo de instrumentos, se recomendó la realización de una prueba piloto previa a la toma de la muestra con un mínimo de 20 estudiantes en dichas actividades y 20 estudiantes no expuestos.

### ***TIPO DE ESTUDIO***

Este estudio es de tipo cross sectional (analítico transversal) puesto que se quiso tomar a un solo grupo poblacional, en este caso a estudiantes universitarios, y medir simultáneamente tanto a los que acuden a actividades extracurriculares y a los que no, para luego en el análisis buscar las coincidencias.

### ***CRITERIOS DE INCLUSIÓN***

**Grupo expuesto:** Estudiantes de la PUCE que tengan una permanencia mínima en los talleres culturales o deportivos de 1 año.

**Grupo no expuesto:** Estudiantes de la PUCE que no acudan a ninguna de estas actividades por el plazo mínimo de un año.

### ***CRITERIOS DE EXCLUSIÓN***

Estudiantes que no quieran participar del estudio, docentes, administrativos, personal de servicio.

### **PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La fuente fue primaria, aplicando cuestionarios a los estudiantes de la PUCE. Las escalas que se utilizaron son las siguientes:

La Escala GENCAT (Anexo 4) es una escala multidimensional diseñada para obtener el perfil de calidad de vida de un individuo. La Escala GENCAT es aplicable a cualquier usuario con una edad mínima de 18 años. El tiempo de cumplimentación oscila entre 10 y 15 minutos. Las áreas que evalúa son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos (Verdugo Alonso, 2009).

El cuestionario COOP/WONCA (Anexo 3) es un instrumento creado para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en atención primaria como en padecimientos crónicos. Es una escala general tipo perfil de salud, traducido y validado en castellano, desarrollada originariamente por un grupo de profesionales de atención primaria: The Darmonth Primary Care Cooperative Information Proyet de New Hampppshire (EEUU), con el objetivo de medir los aspectos funcionales de los pacientes en la consulta diaria. Se puntúa con una escala tipo Likert (de 1–5 puntos) que valora la CVRS en sentido inverso, es decir a más puntuación peor percepción, siendo la mínima puntuación posible 9 puntos y la máxima 45 puntos (Lizan Tudela & Reig Ferrer, 2002).

La escala COOP/WONCA está introducida en el cuestionario general de salud, que recoge a su vez variables sociodemográficas, sanitarias y factores condicionantes de salud. Las dimensiones que evalúa este cuestionario son las siguientes: forma física, sentimientos,

actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y autopercepción de calidad de vida, todos ellos con un criterio temporal referido a las 2 últimas semanas (Esteban y Peña, Jiménez García, & Gil-De Miguel, 2010).

### ***PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO***

Los cuestionarios fueron aplicados por el investigador principal y voluntarios que recibieron capacitación sobre los objetivos del estudio.

Se utilizaron el cuestionario COOP/WONCA para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud y la Escala GENCAT para obtener el perfil de calidad de vida.

El encuestado debió tener un tiempo mínimo de 10 minutos para llenar los cuestionarios.

***PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN:*** No se requirió

### ***PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS***

Se recogieron los datos con los instrumentos mencionados y se compararon los resultados con las variables demográficas y sociales.

Además se asociaron las variables numéricas con las categóricas utilizando el nivel de asociación de una prueba t para Diferencia de promedios y con el valor de p como medida de significación.

Estos cálculos serán realizados por medio de un computador y el programa SPSS versión 19.

### ***ASPECTOS BIOETICOS***

Previamente a la aplicación de los cuestionarios se informó al participante acerca del estudio y los objetivos del mismo. Su participación fue confirmada mediante la aceptación del consentimiento informado. Los datos recopilados en las encuestas fueron anónimos, y por ningún motivo se utilizó para otros fines que no fueron los del estudio.

## CAPÍTULO 6

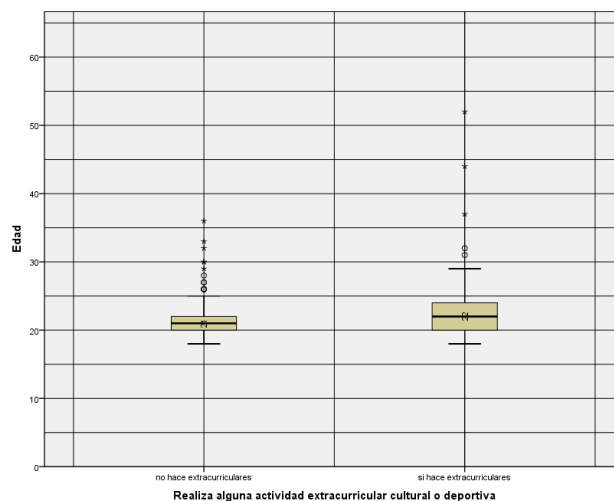
### RESULTADOS

#### ANÁLISIS UNIVARIADO

Se realizaron 414 encuestas, de las cuales 276 correspondieron al grupo control, es decir, a los estudiantes que no realizan actividades extracurriculares, y 138 de aquellas que corresponden a los que si las realizan.

#### Edad

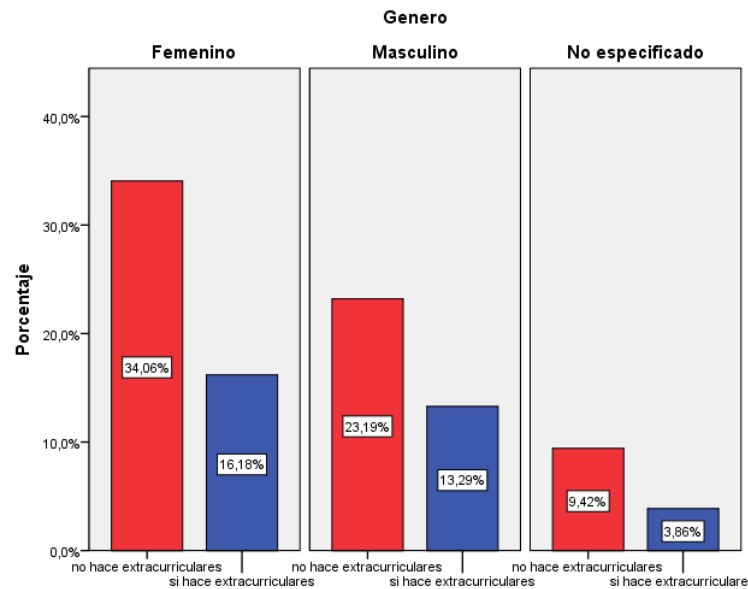
En ambos grupos existe una amplia representatividad de participantes de 20 a 23 años lo que se explica por la edad de ingreso a una carrera universitaria en el Ecuador, que en su mayoría inicia desde los 18 años. Cabe resaltar que en el grupo de estudiantes que acuden a extracurriculares hubo participantes mayores a 30 años que deciden continuar la participación en estas actividades debido a la apertura que tiene la universidad hacia los estudiantes egresados.



**Figura 7** Boxplot de la edad de estudiantes del grupo caso y control en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016

## Género

En lo que respecta al género, en el grupo caso y en el control, hubo más encuestados de género femenino, que es congruente con la composición de la universidad<sup>5</sup>.



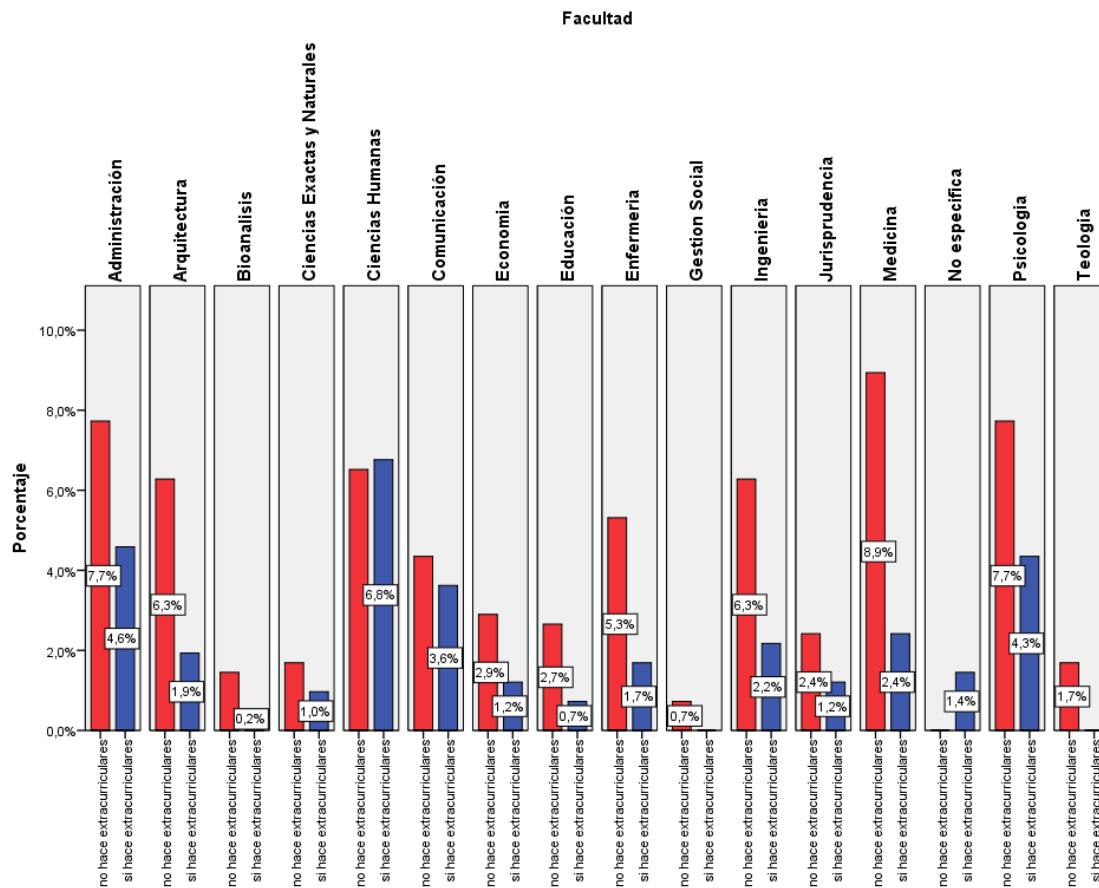
**Figura 8 Frecuencia de encuestados del grupo caso y control por género de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016**

## Facultad

Para encuestar a la población control, se tomó en cuenta una relación porcentual de la cantidad de estudiantes de cada facultad. En el grupo caso, la facultad fue una variable al azar. Encontrando facultades que más acuden a actividades extracurriculares (culturales y deportivas) son las de Ciencias Humanas con 20,3%, Administración con 13,8%, Psicología con 13%, quizá debido a tener horarios accesibles para la participación en estas actividades.

---

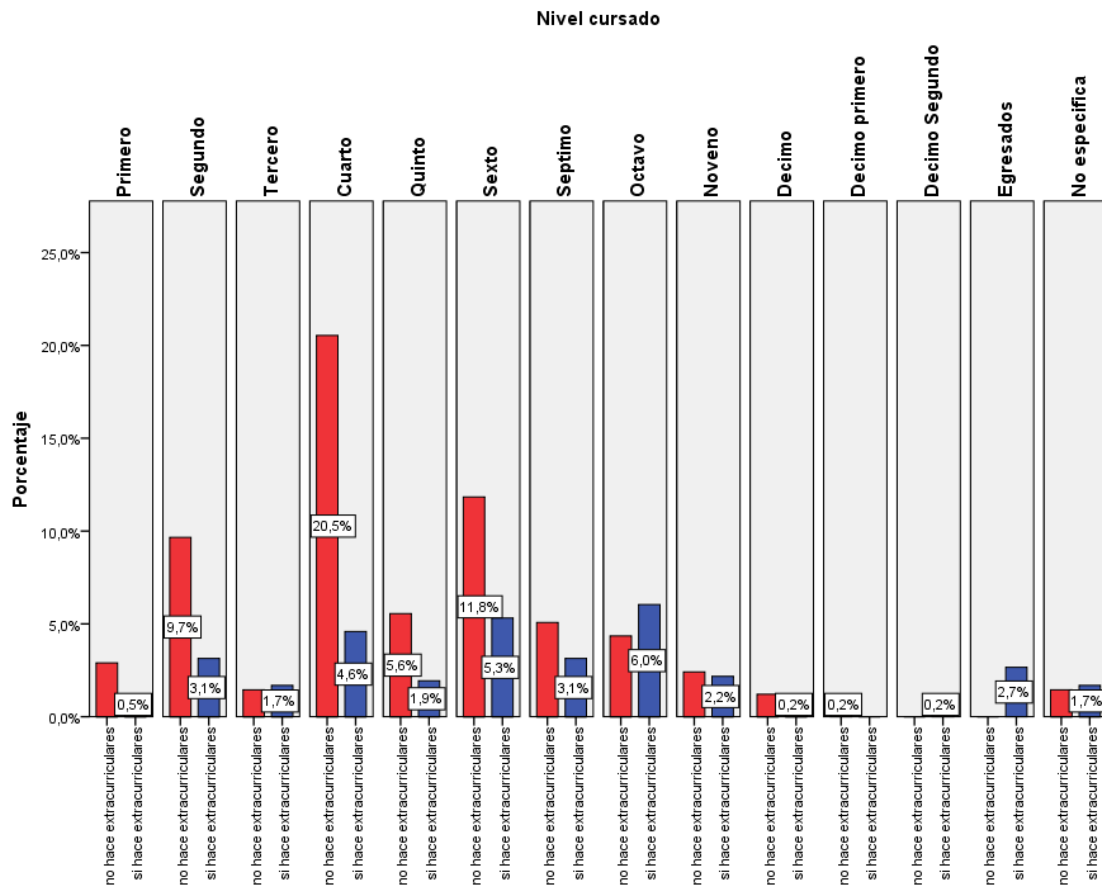
<sup>5</sup> En el segundo semestre 2015-2016 se matricularon 56,1% estudiantes de género femenino y un 43,9% de género masculino (Dirección de Informática PUCE, 2016).



**Figura 9 Frecuencia de encuestados del grupo caso y control por facultades de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016**

### *Nivel*

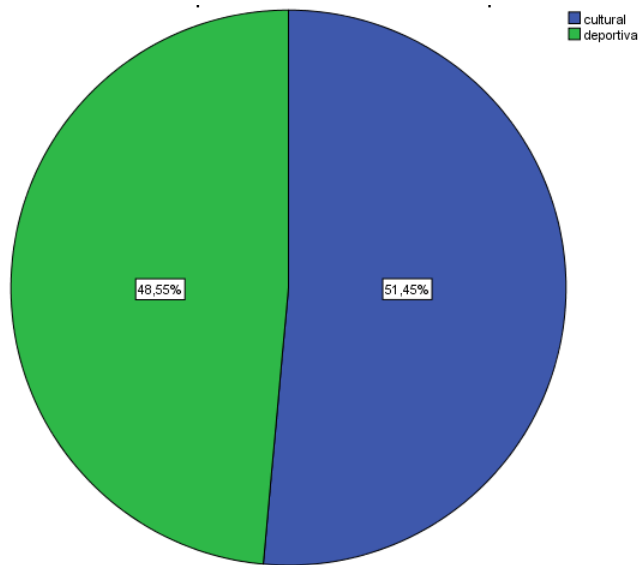
Esta variable fue al azar, encontrando la mayor cantidad de encuestados en el cuarto, segundo y sexto nivel en el grupo control, quizá debido a que las encuestas se aplicaron dentro del campus, y estos niveles corresponden a quienes desarrollan sus actividades diarias en este espacio, no así aquellos de semestres superiores que realizan prácticas pre profesionales en otros espacios. En el grupo caso, hubo más estudiantes de octavo y sexto nivel, en los cuales, sus actividades académicas no fueron un impedimento para acudir a extracurriculares.



**Figura 10 Frecuencia de encuestados del grupo caso y control por nivel cursado de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016**

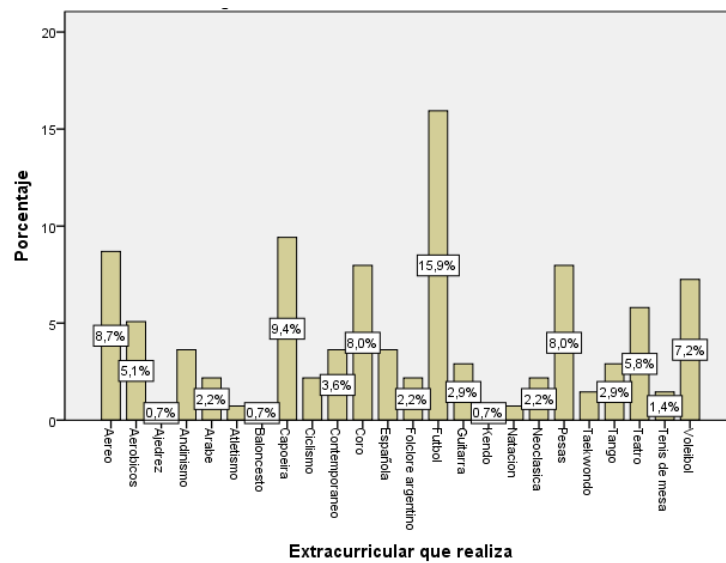
### *Tipo de extracurricular*

Tanto el grupo que acude a actividades culturales como deportivas fueron homogéneos, para cumplir con la muestra de estudiantes del grupo caso.



**Figura 11 Frecuencia de estudiantes por tipo de actividad extracurricular que realizan en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016**

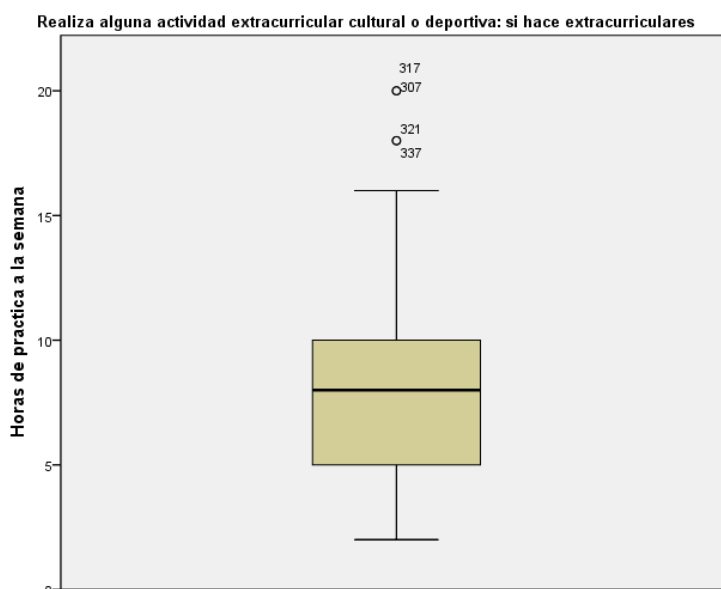
Al encuestar a los grupos culturales y deportivos se tomó en cuenta el total de estudiantes que acuden a estos grupos, estableciendo una relación porcentual para obtener la población caso y que la mayoría de grupos se incluya en el estudio.



**Figura 12 Frecuencia de estudiantes por actividad extracurricular que realizan en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016**

*Horas de práctica semanal*

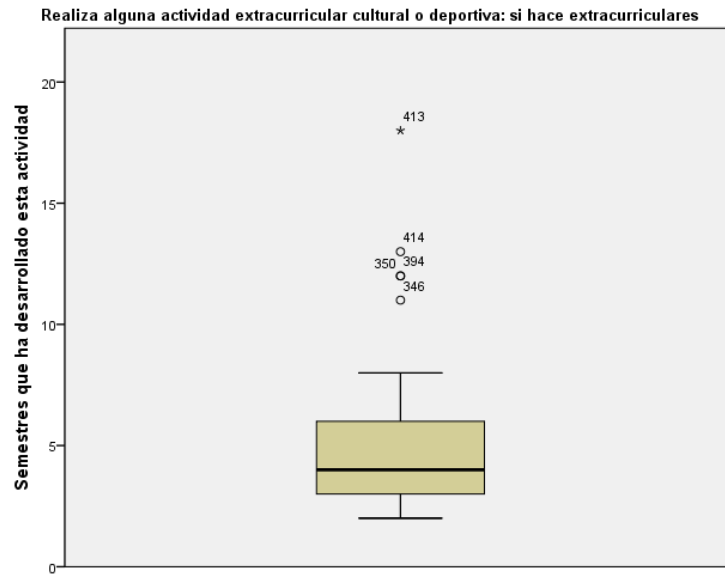
En lo que corresponde a las horas de práctica de la actividad extracurricular a la semana, se encontró una media de 7,48 horas, una mediana y moda de 8 horas. La mayoría de los encuestados presentó una mayor frecuencia de 5 a 10 horas a la semana de práctica, que se relaciona con los horarios de práctica de los talleres y grupos culturales que en su mayoría es de 3 veces por semana por 2 horas diarias.



**Figura 13 Boxplot de frecuencia de estudiantes por horas de práctica a la semana de la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016**

*Practica semestral*

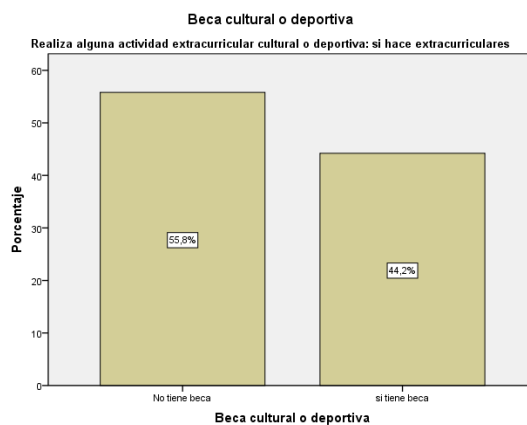
A la pregunta de cuantos semestres ha practicado esta actividad, se encontró una media de 4,4 semestres, una mediana de 4 y una moda de 3 semestres. Esto debido a que nuestro grupo de estudio debía cumplir un mínimo de dos semestres de exposición en el taller o disciplina. Además, muchos estudiantes permanecen en estas actividades por más de dos semestres por los beneficios económicos (becas) que se ofrece, y por el bienestar que estos generan en sus vidas.



**Figura 14** Boxplot de frecuencia de estudiantes por semestres que practica la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016

*Beca cultural o deportiva*

Se encontró que la mayor cantidad de encuestados dentro del grupo caso no cuentan con una beca cultural o deportiva, quizá debido a los requisitos que estas requieren, como son: un promedio académico alto, asistencia regular a los talleres o disciplinas, destacada participación (Facultad de Ciencias Humanas PUCE, 2016), que no todos los estudiantes la obtienen y la conservan.



**Figura 15** Frecuencia de estudiantes por beca cultural y deportiva en la PUCE en el periodo de febrero a julio 2016

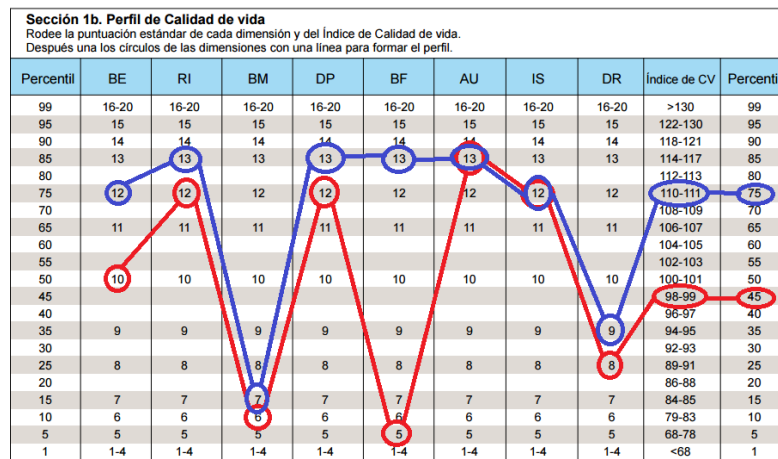
## ANÁLISIS BIVARIADO

Se aplicaron 2 encuestas, la primera conocida como Escala Gencat de Calidad de vida y la segunda, el Cuestionario Coop/Wonca de calidad de vida relacionada con la salud.

### *Escala GENCAT de calidad de vida*

Los resultados de la Escala Gencat se compararon con la variable: realiza alguna actividad extracurricular (SI/NO), obteniendo un mejor perfil de CV en estudiantes que acuden a estas actividades. Entre las categorías que mejor percepción de CV por parte de los estudiantes que acuden a actividades culturales y deportivas, se encontró al bienestar físico, seguidos del bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, y derechos. Las categorías que poseen una puntuación estándar similar, fueron la autodeterminación y la inclusión social.

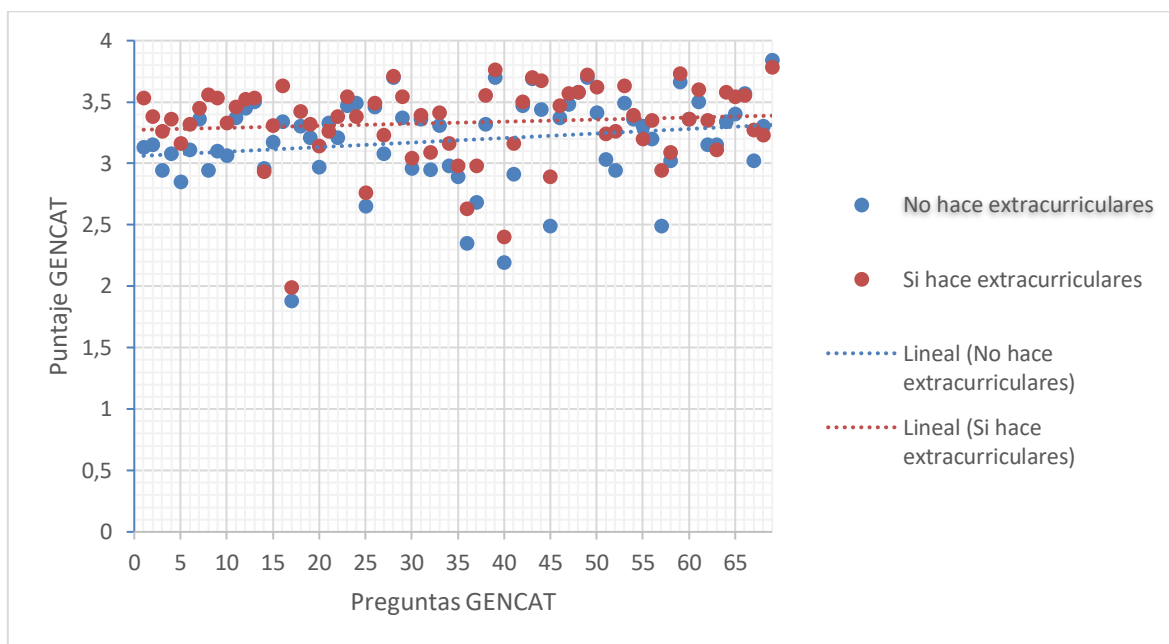
Se aplicó la prueba t para diferencia de promedios, encontrando una significancia en las variables bienestar emocional, relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social comparadas con los grupos de casos y controles. En estas variables, el valor p fue <0,05.



Estudiantes que acuden a extracurriculares ■ Estudiantes que no acuden a extracurriculares ■

**Figura 16 Perfil comparativo de Calidad de vida de la escala GENCAT de estudiantes que acuden a extracurriculares y que no hacen en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016**

### *Análisis por pregunta de la Escala GENCAT*



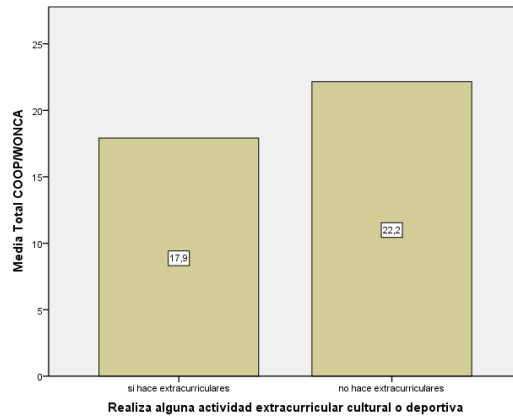
**Figura 17** Dispersión por pregunta de la Escala GENCAT del grupo caso y grupo control en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016

Nota. Cada pregunta es valorada sobre 4 puntos, siendo 4 la mejor percepción de CV y 1 la peor percepción.

Para analizar el conjunto de preguntas se realizó un Figura de dispersión entre las medias de cada pregunta, encontrando un mejor puntaje en las respuestas de los estudiantes que acuden a extracurriculares. Además, la diferencia de medias entre ambos grupos no es tan distante, y se encuentra una tendencia de positividad en los dos.

### *Cuestionario COOP/WONCA de Calidad de vida relacionada con la salud*

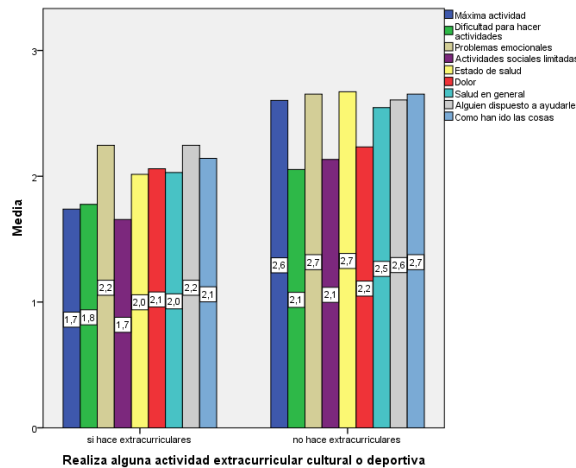
Se comparó la variable: realiza alguna actividad extracurricular (SI/NO) con el puntaje total del cuestionario COOP/WONCA de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), encontrando una mejor percepción de CVRS en el grupo que acude a extracurriculares, con un puntaje de 17,91, a diferencia del grupo control que obtuvo 22,15 de media. Hay que recordar que en este cuestionario, quienes tienen una cifra menor en el puntaje total y en cada una de las preguntas, presentan una mejor CVRS.



**Figura 18 Diferencia de medias entre las variables realiza alguna actividad extracurricular y el puntaje total del Cuestionario COOP/WONCA**

Nota: En COOP/WONCA el menor valor indica una mejor CVRS, bajo la media teórica de 22,5 puntos.

Al analizar cada categoría del cuestionario, se puede constatar que en todas la mejor percepción se encontró en los estudiantes que acuden a extracurriculares, siendo estas, la intensidad de actividad física, actividades cotidianas, sentimientos, actividades sociales, cambio en el estado de salud, percepción de dolor, estado de salud, apoyo social, y percepción de calidad de vida.



**Figura 19 Diferencia de medias entre las variables realiza alguna actividad extracurricular y las categorías del Cuestionario COOP/WONCA**

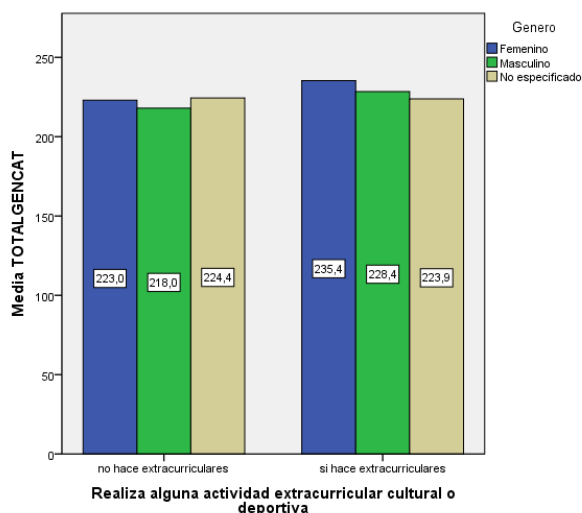
Nota. En COOP/WONCA cada pregunta se valora sobre 5 puntos, siendo 1 la mejor percepción de CVRS, y 5 la peor percepción.

Al cruzar estas variables se encontró significancia en todas las preguntas y en el puntaje total, excepto en la sexta pregunta, que corresponde a la percepción de dolor, con un valor p de 0,083.

### ***Género***

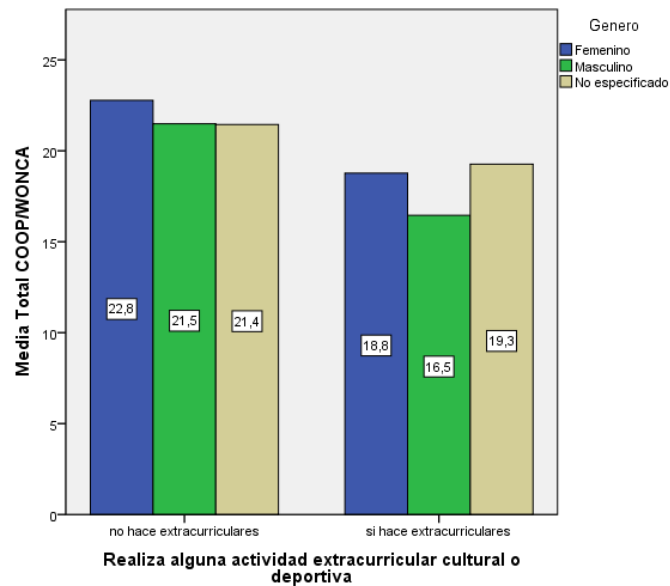
El grupo que mejor CV presentó en el grupo que realiza extracurriculares fue el que no especificó su género con un puntaje total de 223,87, aunque su valor p no fue significativo, seguido del género masculino con 228,42, a diferencia del grupo que no acude a extracurriculares con un puntaje GENCAT de 223,05 en el género femenino. Ambas poblaciones tuvieron datos significativos para el género masculino ( $p= 0,0162$ ) y femenino ( $p= 0,0010$ ).

La mejor percepción de CVRS estuvo en el género masculino del grupo caso, con 16,45 de puntaje total. Del mismo modo en el grupo control, la población del género masculino presentó mejor calidad de vida relacionada con la salud, aunque con un puntaje más alto, 21,49 que en el grupo caso. Se encontró significancia para las variables masculino y femenino con esta escala ( $p=0,000$ ).



**Figura 20 Diferencia de medias entre género y puntaje total de la Escala GENCAT**

Nota: En la Escala Gencat los valores más altos representan una mejor calidad de vida, siempre que estén sobre la media teórica de 138 puntos.



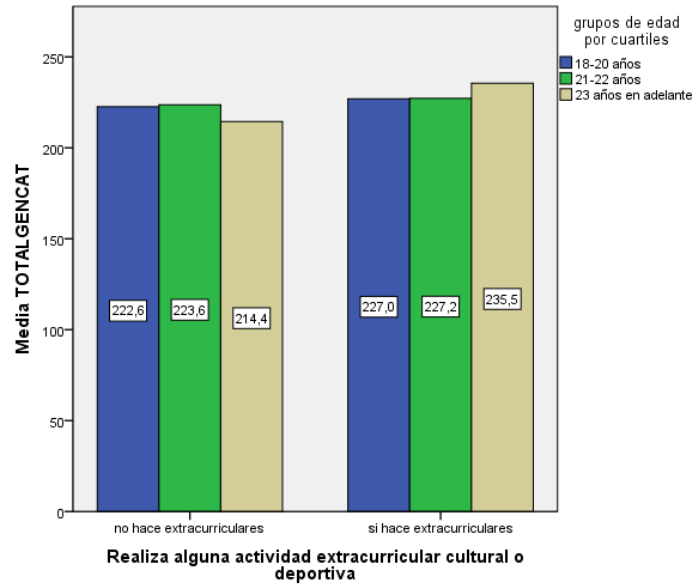
**Figura 21 Diferencia de medias entre género y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA**

Nota: En COOP/WONCA el menor valor indica una mejor CVRS, bajo la media teórica de 22,5 puntos.

**Grupos de edad por cuartiles**

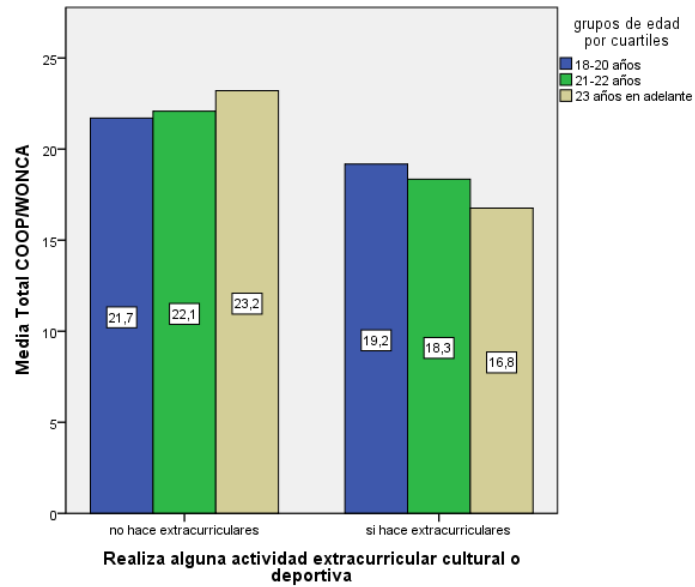
En el grupo que si realiza actividades extracurriculares se encontró, una mejor percepción de calidad de vida entre los años 23 en adelante, con un puntaje GENCAT de 235,54, al igual que una mejor percepción de calidad de vida relacionada con la salud con un puntaje COOP/WONCA de 16,75. Cabe destacar, que los datos del grupo de 23 años en adelante fueron significativos ( $p= 0,0001$ ), no así los de los otros grupos con la escala GENCAT, y en el cuestionario COOP/WONCA todos los grupos fueron significativos (18 a 20 años valor  $p= 0,0210$ ; 21 a 22 años  $p= 0,0006$ ; 23 años en adelante  $p= 0,0000$ ).

Los valores que reflejan peor percepción de calidad de vida se registró en los estudiantes de 23 años en adelante que no realizan extracurriculares con un puntaje de 214,43 y CVRS con un puntaje total de 23,20 en COOP/WONCA.



**Figura 22 Diferencia de medias entre grupos de edad por cuartiles y puntaje total de la Escala GENCAT**

Nota: En la Escala Gencat los valores más altos representan una mejor calidad de vida, siempre que estén sobre la media teórica de 138 puntos.



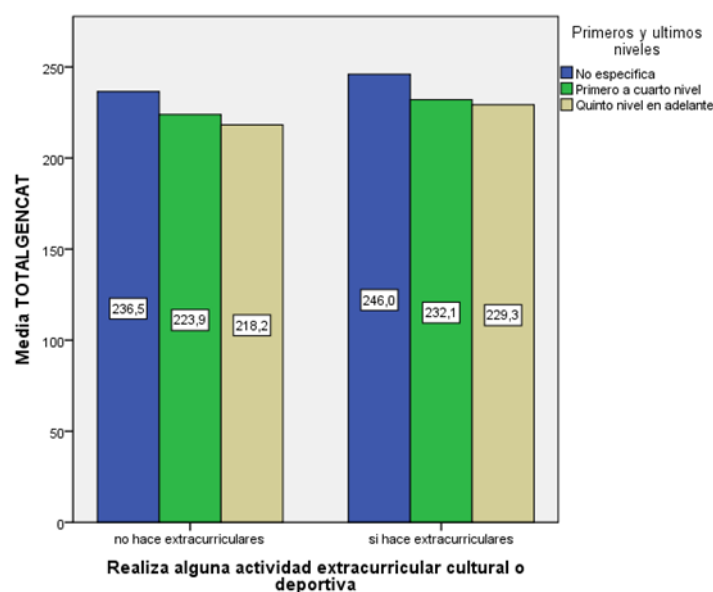
**Figura 23 Diferencia de medias entre grupos de edad por cuartiles y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA**

Nota: En COOP/WONCA el menor valor indica una mejor CVRS, bajo la media teórica de 22,5 puntos.

### *Nivel cursado*

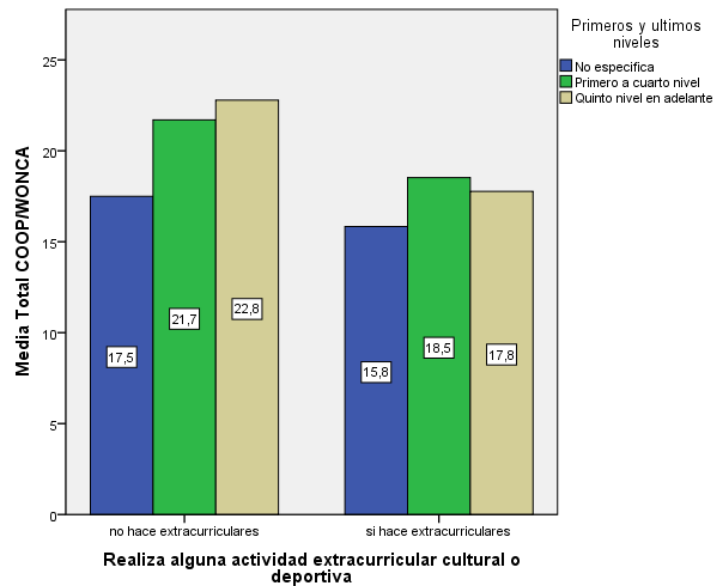
El mejor puntaje de CV se registró en la población que hace extracurriculares, pero que no especificó el nivel que se encuentra cursando con un puntaje de 246 y 15,83 para CVRS, aunque no se encontró significancia en su grupo para ambas escalas (GENCAT valor  $p=0,3944$ ; COOP/WONCA valor  $p=0,2296$ ).

Los estudiantes que cursan los primeros niveles (primero a cuarto) que acuden a extracurriculares registraron los mejores puntajes de CV 232,09 con una significancia de  $p=0,0026$ , a diferencia de CVRS que fue mejor en los estudiantes de últimos niveles, con un puntaje de 17,77, con una significancia de  $p=0,0000$ .



**Figura 24 Diferencia de medias entre nivel cursado agrupado por cuartiles y puntaje total de la Escala GENCAT**

Nota: En la Escala Gencat los valores más altos representan una mejor calidad de vida, siempre que estén sobre la media teórica de 138 puntos.



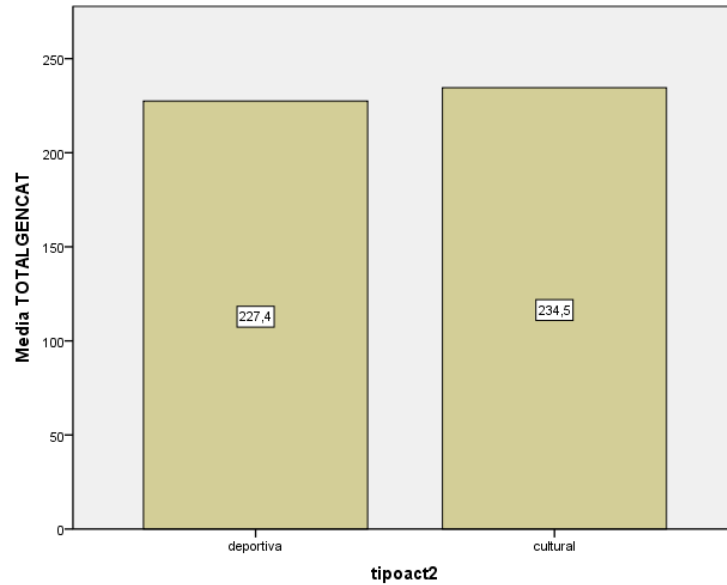
**Figura 25 Diferencia de medias entre nivel cursado agrupado por cuartiles y puntaje total del Cuestionario COOP/WONCA**

Nota: En COOP/WONCA el menor valor indica una mejor CVRS, bajo la media teórica de 22,5 puntos.

***Tipo de actividad***

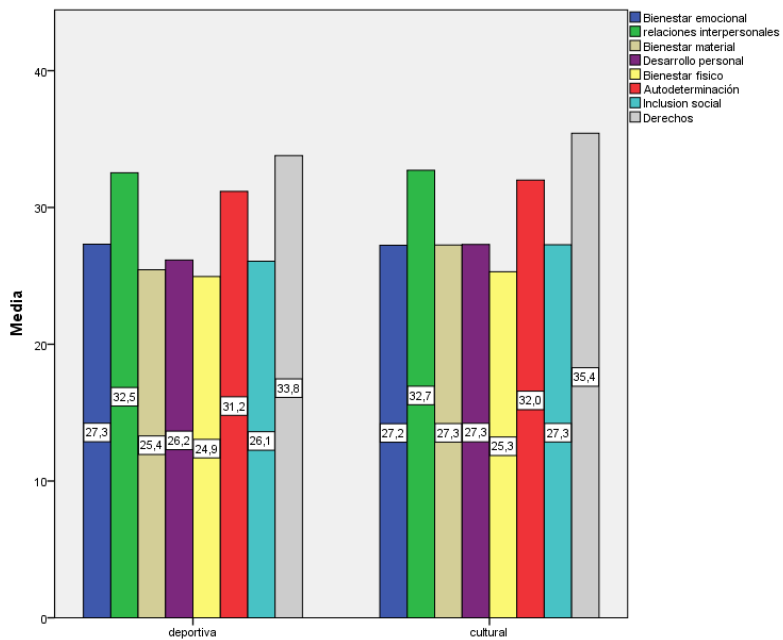
Al comparar el tipo de actividad cultural con las categorías de la Escala Gencat y su total, se encontró que quienes realizan actividades culturales presentan una mejor CV con un puntaje de 234,52 que quienes realizan actividades deportivas, con un puntaje de 227,43.

Estos valores fueron significativos en las categorías de bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social, derechos y en el puntaje total.



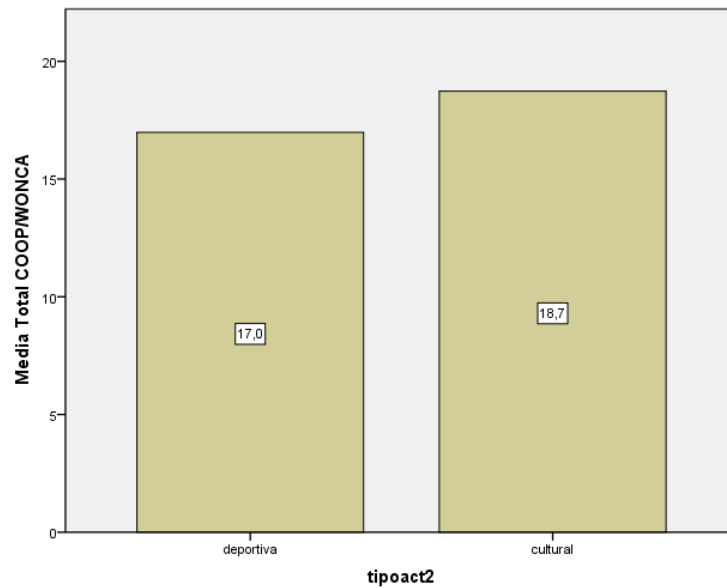
**Figura 26 Diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y el puntaje total de la Escala GENCAT**

Nota: En la Escala Gencat los valores más altos representan una mejor calidad de vida, siempre que estén sobre la media teórica de 138 puntos.



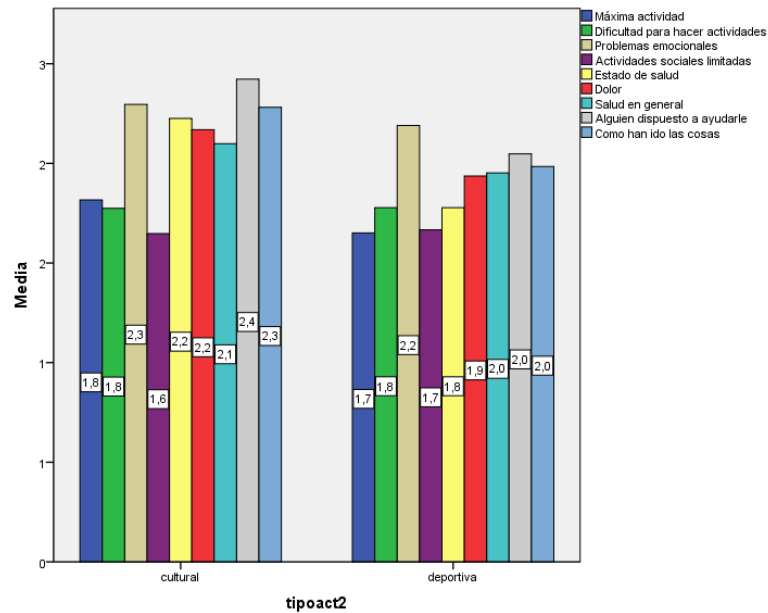
**Figura 27 Diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y las categorías de la Escala GENCAT**

Nota: En la Escala Gencat los valores más altos representan una mejor calidad de vida



**Figura 28 Diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y el puntaje total del cuestionario COOP/WONCA**

Nota: En COOP/WONCA el menor valor indica una mejor CVRS, bajo la media teórica de 22,5 puntos.



**Figura 29 Diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y las categorías del cuestionario COOP/WONCA**

Nota. En COOP/WONCA cada pregunta se valora sobre 5 puntos, siendo 1 la mejor percepción de CVRS, y 5 la peor percepción.

En el cuestionario COOP/WONCA, las actividades deportivas tuvieron una mejor percepción de CVRS que las culturales. Estos valores fueron significativos en las preguntas sobre el estado de salud, en la percepción de calidad de vida, y en el puntaje total.

### ***Semestres que practica esta actividad***

Estos valores se agruparon por cuartiles, encontrando que quienes han asistido a extracurriculares seis semestres o más, presentan una mejor CV, con un puntaje GENCAT de 238,47, y al igual que CVRS con un puntaje de 16,79.

***Tabla 6 Tabla de diferencia de medias entre semestres de práctica agrupados por cuartiles y puntaje total Gencat y COOP/WONCA***

semestres que ha desarrollado la actividad extracurricular agrupado por cuartiles		TOTALGENCAT	Total COOP/WONCA
2-3 semestres	Media	228,56	18,52
	Desv. típ.	21,355	4,721
4-5 semestres	Media	226,39	18,03
	N	28	32
	Desv. típ.	25,728	3,780
6 semestres o más	Media	238,47	16,79
	Desv. típ.	13,486	4,344

Nota: En la Escala Gencat los valores más altos representan una mejor calidad de vida, siempre que estén sobre la media teórica de 138 puntos. En COOP/WONCA el menor valor indica una mejor CVRS, bajo la media teórica de 22,5 puntos.

Estos valores fueron significativos para el puntaje total de la escala GENCAT, y para la pregunta 4 de COOP/WONCA, durante las 2 últimas semanas, su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales, no así, para el total del puntaje COOP/WONCA.

### ***Horas que practica a la semana***

Esta variable se agrupó por cuartiles, encontrando que quienes practican extracurriculares entre 6-8 horas semanales presentan un mejor CV con un puntaje de 237,61 y CVRS con un puntaje de 17,08 que quienes las practican por 2-5 horas o más de 10 horas semanales.

**Tabla 7 Tabla de diferencia de medias entre Horas de practica agrupado por cuartiles y puntaje total Gencat y COOP/WONCA**

Horas de practica agrupado por cuartiles		TOTALGENCAT	Total COOP/WONCA
2-5 horas a la semana	Media	230,59	18,02
	Desv. típ.	17,415	4,427
6-8 horas a la semana	Media	237,61	17,08
	Desv. típ.	18,042	3,243
mayor a 10 horas a la semana	Media	228,18	18,13
	Desv. típ.	23,899	4,818

Nota: En la Escala Gencat los valores más altos representan una mejor calidad de vida, siempre que estén sobre la media teórica de 138 puntos. En COOP/WONCA el menor valor indica una mejor CVRS, bajo la media teórica de 22,5 puntos.

Estos valores no tuvieron significancia en las variables de la escala GENCAT, pero si existió significancia en la pregunta 6 del cuestionario COOP/WONCA, durante las 2 últimas semanas, ¿Cuánto dolor ha tenido?, con un valor p de 0,020.

### ***Beca cultural o deportiva***

El grupo de estudiantes que no tiene beca cultural o deportiva, presentó una mejor calidad de vida con un puntaje de 231,47 comparado con un 230,02 del que si tiene beca. La mejor percepción de CVRS fue para el grupo que no tiene beca. Estos valores no tuvieron significancia en ninguna categoría de GENCAT Y COOP/WONCA.

**Tabla 8 Diferencia de medias entre variables beca cultural y deportiva y el total del puntaje COOP/WONCA y GENCAT**

Beca cultural o deportiva		TOTALGENCAT	Total COOP/WONCA
No tiene beca	Media	231,47	17,51
	Desv. típ.	21,714	4,085
si tiene beca	Media	230,02	18,42
	Desv. típ.	20,471	4,832

Nota: En la Escala Gencat los valores más altos representan una mejor calidad de vida, siempre que estén sobre la media teórica de 138 puntos. En COOP/WONCA el menor valor indica una mejor CVRS, bajo la media teórica de 22,5 puntos.

## CAPÍTULO 7

### DISCUSIÓN

Se analizaron 414 encuestas, de las cuales 138 pertenecieron al grupo caso y 276 al grupo control.

En el grupo que acude a actividades culturales y deportivas, se registró mayor presencia de género femenino que de masculino, con un 48,6% comparado con un 39,9%. Datos que difieren del estudio sobre calidad de vida en estudiantes de distintos niveles en la Universidad de Chile, donde se encontró que el 71,4% de estudiantes de género femenino no participaba en ninguna organización comunitaria (actividad extracurricular) y el género masculino lo hacía en un 62,5% (Durán & Castillo, 2009), pero que están acorde a la realidad de nuestra universidad puesto que en el segundo semestre 2015-2016 se registró mayor presencia femenina en el total de estudiantes de pregrado<sup>6</sup>.

En esta investigación evaluamos a 71 estudiantes que acuden a talleres y grupos culturales (danza aérea, árabe, capoeira, española, neoclásica, contemporáneo, tango, coro, guitarra, y teatro) de la PUCE por más de dos semestres y a 67 estudiantes que lo hacen en actividades deportivas (aeróbicos, ajedrez, atletismo, baloncesto, ciclismo, futbol, kendo, natación, acondicionamiento, taekwondo, tenis de mesa y voleibol). Se encontró una moda de 8 horas a la semana y 3 semestres de práctica de la actividad. Resultados que se contrastan con Alivariñas y cols. (2009) en su estudio sobre “Actividad física y percepciones sobre deporte y género”, que entre los participantes era más frecuente la participación en una actividad deportiva de dos a tres veces por semana, durante una hora y media diaria (Alvariñas, Fernandez, & López, 2009).

Hay que resaltar que los estudiantes inscritos en una actividad deportiva o cultural en la PUCE llegan aproximadamente a un 15% del total de matriculados, y de estos se tiene datos

---

<sup>6</sup> En el segundo semestre 2015-2016 se registró en la PUCE sede Quito un total de 4954 estudiantes pertenecientes al género femenino y 3876 al masculino.

aproximados que los estudiantes que asisten regularmente a actividades deportivas van de 160 a 170 semestralmente (Córdova, 2016) y en actividades culturales una cantidad similar (Arroyo, 2016), por lo que se encuentra dificultades al momento de aplicar la encuesta. Valores que pueden ser comparados con los de la Universidad de Alicante, donde los estudiantes que acuden a actividades deportivas y culturales son pocos, apenas un 6% de manera regular, pero la valoración de sus servicios es positiva (Reig Ferrer & Cabrero, 2001).

Los estudiantes que acuden a extracurriculares presentaron una media de 230,85 en la escala GENCAT y de 17,91 en el Cuestionario COOP/WONCA, ambas con valores significativos de 0,000 en su valor p, lo que se interpreta como una mejor valoración de CV y CVRS comparada con los estudiantes que no las realizan.

En 2014, se aplicó la escala Gencat en la PUCE, a 18 estudiantes de distintas facultades del proyecto “Red atrapasueños” que pertenecían a la Coordinación de Salud, encontrando que el índice de calidad de vida (ICV) de este grupo fue de 106-107 que equivale a un percentil 65 (Sola & cols., 2014). Comparada con los resultados de esta investigación, el grupo que realiza actividades extracurriculares presenta un ICV de 111 en promedio, que los ubica en un percentil 77, a diferencia del grupo control que no acude a extracurriculares que presentó un ICV de 98 que corresponde a un percentil 45. El puntaje del grupo caso se asemeja al estudio de la Coordinación de Salud, aunque su población correspondía a una red sistémica de apoyo a estudiantes novatos, con intereses diferentes de los grupos culturales y deportivos que pertenecieron a este estudio, pero con la coincidencia de que en ambos se busca promocionar la salud.

La mejor calidad de vida en estudiantes que acuden a extracurriculares estuvo dada por una mejor percepción en todas las categorías de la encuesta, siendo significativas las siguientes: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social. Reig Ferrer (2001), en su estudio sobre “Calidad de vida y estado de salud de estudiantes universitarios”, encuentra un 80% de estudiantes que valoran su calidad de vida en general como buena o muy buena, y encuentra significancia en variables como bienestar psicológico, ingresos mensuales y percepción de salud, a lo que el autor atribuye a

que la calidad de vida del estudiante está determinada por su comportamiento, que hace o deja de hacer, que estaría condicionada por variables como dinero y salud, y como experimenta este funcionamiento (Reig Ferrer & Cabrero, 2001). En el presente estudio ambos grupos presentaron un puntaje positivo, aunque no significativo, en la valoración de bienestar material que es congruente con los resultados de Reig Ferrer. Al no existir diferencia significativa en esta variable, se puede pensar, que al pertenecer ambos grupos a una universidad privada, donde el acceso a la educación está condicionada por los ingresos económicos de la familia, la mayoría de estudiantes dicen tener un buen bienestar material. Esto concuerda con la investigación de Palomar y cols.(2005), destacando que la pobreza afecta en forma directa el bienestar subjetivo de los individuos, lo que conlleva a que condiciones de vida precaria provoquen una percepción negativa del bienestar subjetivo (Palomar, Lanzagorta, & Hernández, 2005), y no así en estudiantes universitarios que perciben disponer recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas en un 97% en el grupo control y en un 98,6% en el grupo caso.

Otras variables importantes a ser analizadas son las relaciones interpersonales y la inclusión social, que en este estudio proporcionaron una valoración significativa en la percepción de CV de los estudiantes que practican extracurriculares. En 2007, Vera y cols., encontraron que las relaciones sociales tenían un puntaje más alto en jóvenes al estudiar su calidad de vida (Vera & Rodríguez, 2007), contrario a lo que encontró Vera y Tánori (2002), donde la variable relaciones familiares brinda calidad de vida subjetiva a los estudiantes (Vera & Tánori, Propiedades psicométricas de un instrumento para medir bienestar subjetivo en la población mexicana, 2002 ). En este análisis destaca el estudio de Banda y Morales (2012) que concuerdan con que la familia de origen (madre, padre, hermanos, etc.) y la conformada por ellos mismos pueden proporcionarles calidad de vida subjetiva (Banda & Morales, 2012).

Se estudió la calidad de vida en estudiantes de la Universidad de Sonora, cuya edad media se encontraba en 22 años. Sus resultados señalan que el factor de calidad de vida subjetiva se encuentra influenciado por variables como familia, ámbito social, bienestar económico,

desarrollo personal, autoimagen y actividades recreativas que concuerda con los resultados de nuestro estudio (Banda & Morales, 2012).

En 2010, la Universidad Autónoma de Guerrero, presenta una investigación donde evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes de enfermería, a través del Cuestionario COOP/WONCA, encontrando que el 80% de sus estudiantes califica su salud durante las últimas dos semanas como buena, muy buena y excelente, valores que relacionamos con nuestro estudio donde encontramos un 84,1% en estudiantes que no acuden a extracurriculares y un 95,6% en estudiantes que si lo hacen. Una regular y mala percepción de salud se encontró en el 2,9% del grupo caso y en el 14,1% del grupo control. En la lámina que evalúa la autopercepción de la calidad de vida (¿Qué tal han ido las cosas durante las dos últimas semanas?), Pacheco encuentra, un 9,2% que respondió “estupendamente: no podía ir mejor”, y el resto de estudiantes que suman un 84,9% respondió “bastante bien” y “a veces bien, a veces mal”. En la PUCE, se evidenció que el 16,7% del grupo caso, respondió “estupendamente” y un 76,8%, “bastante bien”, “a veces bien a veces mal”. En el grupo control, la respuesta “estupendamente” solamente se dio en un 5,4% y un 80,1% se encontró en las otras dos opciones. Hay que destacar que Pacheco no obtuvo significancia en ninguna de las preguntas COOP/WONCA (Pacheco, 2010), pero en el presente estudio se encontró en todas las preguntas, excepto en la que trata sobre Dolor. Si bien este estudio es caso-control, podemos encontrar similitudes, ya que un 44,9% refiere hacer actividad física moderada en la población que no hace actividades extracurriculares, lo que Pacheco encuentra en un 47,9%. El grupo caso, solo el 16,7% menciona realizar actividad física moderada, pero un 50,7% actividad intensa. Al analizar el cambio de estado de salud, se encontró que en el grupo control el 36,2% responde que su salud se encuentra mucho mejor y un poco mejor que hace dos semanas, a diferencia del grupo que si hace extracurriculares que presenta un 61,6% que menciona que está mucho mejor y un poco mejor. En la universidad de Guerrero, 69,8% de estudiantes mencionaron encontrarse mucho mejor y un poco mejor. En la pregunta sobre apoyo social, se encontró que el 90,5% de estudiantes que no acuden a actividades culturales o deportivas tiene una o más personas dispuestas a ayudarlo, en el grupo que si acude el porcentaje fue del 97,1. Estos resultados

se acercan a la realidad que encontró Pacheco, con un 93,2% de estudiantes que tienen una o más personas dispuestas a ayudarle (Pacheco, 2010).

Otros estudios como el de Tinoco (2013), destacan la importancia de realizar una actividad extracurricular (Método de Pilates) en estudiantes universitarios al evaluar su calidad de vida antes y después de realizarla. Encontraron que los individuos que participaron del estudio, posterior a la intervención obtuvieron mejoras en todas las dimensiones del cuestionario SF-36 de CVRS, pero solo cinco fueron significativas como son: rol físico, dolor corporal, salud general, función social y rol emocional (Tinoco, 2013). La significancia encontrada en el presente estudio en la variable de bienestar emocional, es equivalente a lo obtenido por Tinoco, donde se destacó la importancia de los efectos que conllevan la realización del Método de Pilates, en un plano físico, pero también en uno emocional, por un fenómeno sinérgico de actividad grupal e interrelación social, lo cual es equiparable a los beneficios de la práctica de actividades culturales y deportivas, como se expuso en investigaciones anteriores.

Los resultados obtenidos en el cuestionario COOP/WONCA, son equiparables a los resultados de Reig Ferrer, que encuentra un perfil de funcionamiento físico, psicológico y social netamente positivo, en los estudiantes de la Universidad de Alicante. Tanto Reig Ferrer como Tinoco, encuentran significancias en la percepción de dolor durante las dos últimas semanas, resultado que no es compartido con este estudio, que fue la única variable en el cuestionario COOP/WONCA que no fue significativa al compararse con estudiantes que acuden a extracurriculares. Para Tinoco, la no significancia puede ser dependiente de la situación inicial de la que parten los sujetos, obteniendo un nivel de vitalidad alto, con mínimos niveles de incapacidad en su mayoría, sin incapacidad para actividades cotidianas, que influye a que la percepción de calidad de vida sea buena, siendo una población sedentaria pero sin ninguna patología diagnosticada (Tinoco, 2013). Los dos grupos de estudio de la presente investigación, se podría decir, son similares a la población estudiada por Tinoco, por lo que se entendería el no encontrar un resultado significativo para la percepción de dolor en este estudio.

El grupo que mejor CV presentó fue el que corresponde al género masculino que acude a extracurriculares, con 228,42 de puntaje GENCAT con una significancia de  $p=0,0162$ . Durán y Castillo(2009), encontró en su estudio “Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus Antumapu”, que el género masculino presentó una buena percepción de calidad de vida en aspectos como salud, vida general, vida sexual, familia, diversión, bienestar, condición física y privacidad, y muy buena en la categoría de pareja. El género femenino presentó las mismas características, excepto en el ámbito de bienestar que fue catalogado como más que regular, condición física y dinero que fueron evaluados como regulares (Durán & Castillo, 2009).

La mejor percepción de CVRS fue para el colectivo masculino con un puntaje total COOP/WONCA de 16,45, que se asemejan al estudio de Esteban y Peña, que en 2010, estudia la CVRS en la ciudad de Madrid, encontrando en el género masculino un puntaje de 19,02 y el femenino 20,84; que no se alejan de los resultados de nuestro estudio, en el cual, el puntaje en el colectivo femenino fue de 22,78 para quienes no desarrollan actividades extracurriculares y 18,77 para el grupo caso. En ambos géneros encontramos significancia ( $p=0,000$ ). Para Esteban y Peña, esta diferencia de género puede estar explicada por una menor disposición de oportunidades en el colectivo femenino, pues toma en cuenta una muestra poblacional mayor de 16 años en Madrid (Esteban y Peña, Jiménez García, & Gil-De Miguel, 2010). Para Reig Ferrer, no hay diferencias por género al estudiar una población universitaria, puesto que encontró mayor presencia en las mujeres de situaciones ligadas al malestar (afectividad negativa, problemas de salud) que en hombres, pero indicadores positivos de bienestar psicológico (calidad de vida en general y satisfacción con la vida), por lo que menciona que esta diferencia queda anulada (Reig Ferrer & Cabrero, 2001).

Este estudio encontró una mejor percepción de CVRS en estudiantes que asisten a extracurriculares en cada grupo etario, siendo el de 23 años en adelante el que mejor percepción tiene, comparado con quienes no asisten a actividades culturales y deportivas. Estos datos se asemejan a los presentados por Esteban y Peña (2010), que encontró un puntaje COOP/WONCA de 17,5 en hombres y mujeres de 16 a 24 años en la ciudad de

Madrid, entendiéndose como una mejor percepción de CVRS que en otros grupos etarios (Esteban y Peña, Jiménez García, & Gil-De Miguel, 2010).

Los resultados de este estudio concuerdan con lo analizado por Paredes (2015), que estudió la calidad de vida en personas que hacen actividad física en un gimnasio del Valle de los Chillos y quienes no lo hacen en una empresa farmacéutica. Entre sus resultados más destacados, se encuentra que un 94,1% de personas que hacen actividad física percibe su calidad de vida como buena comparado con un 14,3% de personas sedentarias que catalogan su CV como mala, que concluye que el no hacer actividad física provoca 72 veces más riesgo de percibir su calidad de vida como mala (Paredes, 2015).

Si bien la inclusión social fue una categoría significativa en este estudio, hay que destacar preguntas que valoran el uso de entornos comunitarios como cines, teatros, estadios, museos, etc., la cual tiene una mejor valoración por parte de los estudiantes que acuden a extracurriculares que los que no lo hacen. Esto se relaciona con lo expuesto con Reig Ferrer, que entre las principales actividades de ocio que encontró, destacan el salir con los amigos, ver la televisión y escuchar música y un 57% de estudiantes que acude a eventos culturales (Reig Ferrer & Cabrero, 2001). En la Universidad de Huelva se encontró que un 47% de los participantes, refieren que en su tiempo libre les gustaría realizar algún tipo de actividad física, sin embargo, también destaca un 41,8% de estudiantes que emplean una o dos horas para ver televisión (Castillo, Giménez, & Sáenz-López, 2009), que se lo puede asociar con un estilo de vida sedentario, al encontrado en la población que no hace extracurriculares que reporta un mayor porcentaje de estudiantes que su máxima actividad fue moderada en las últimas dos semanas (caminar a paso rápido), encontrado en un 45% de estudiantes del grupo control.

Varios estudios han encontrado una correlación entre el sedentarismo y la mala percepción de calidad de vida, como destacan Durán y cols., en su estudio sobre Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la Universidad Santo Tomás de Chile (Durán, Bazaez, & Figueroa, 2012). Además, la inactividad física se asocia a hábitos de consumo de sustancias perjudiciales para la salud como tabaco, alcohol (Espada, Pereira, & García, 2008). Además, Pastor y cols.,

encontraron una influencia indirecta entre la realización de actividad físico-deportiva y las condiciones de salud (Pastor, Balaguer, & García-Merita, 2006).

En el estudio de Allende encontramos que entre las causas para no hacer actividad física, se encuentran, el no tener aptitudes para realizar deporte, no tener tiempo, pereza, o recursos económicos (Allende, 2010), que si bien no se han analizado en este estudio, es importante señalarlo para encontrar una explicación a la baja cantidad de estudiantes que asiste a actividades culturales y deportivas propuestas por la PUCE.

Otras variables que se han estudiado y que han sido significativas en la valoración de estado de salud, han sido los resultados académicos entre adolescentes (Piko, 2007 ), que se ha estudiado en la variable de Desarrollo Personal, donde se pregunta si la universidad y/o su lugar de prácticas a la que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas, obteniendo un alto porcentaje de estudiantes que refiere que lo hace “frecuentemente” y “siempre o casi siempre”, y en la pregunta, si cumple su trabajo como estudiante de manera competente y responsable, cerca de un 90% de estudiantes reportó que si lo hacían en ambos grupos.

En lo que respecta a actividades culturales, se encontró una mejor percepción de CV con una media de 234,52/276 en estudiantes que practican actividades culturales que deportivas, que fue de 227,43/276, pero una mejor percepción de CVRS en estudiantes que acuden a disciplinas deportivas, 16,9; comparado con un 18,7 en culturales, siendo en escala COOP/WONCA los valores menores los que mejor puntaje tienen. Si bien ya se analizó las ventajas de realizar una actividad física dentro del campo de la calidad de vida, se puede citar algunos estudios que lo hacen del mismo modo con las culturales. Varios estudios con adolescentes muestran que la danza mejora la calidad de vida (salud, capacidad funcional, relaciones sociales, bienestar material, bienestar personal, bienestar social) y la salud auto percibida (Duberg, 2013), que se asemeja a lo encontrado en nuestro estudio. Además, en la población adulta sana, la danza mejora el estado de ánimo, las relaciones sociales y los niveles de energía (Berrol, 1997). En mujeres adultas obesas, la danza mejora su autoimagen corporal y su calidad de vida (Muller-Pinget, 2012). En adultos mayores sanos se encontró que la danza mejora sus niveles de ansiedad, angustia, bienestar y calidad de vida (Studenski,

2010). En adultos mayores con demencia, su práctica ayuda en sus relaciones sociales (Palo-Bengtsson, 2002). Hacer danza permite elevar los niveles de actividad física de un individuo, mejorar su condición física y su estado cardiovascular (Oliveira, 2010). En 2012 se publica un estudio donde se acercó música académica y practica orquestal a sectores sociales vulnerables. Entre los resultados que se obtuvieron, fue que los jóvenes encuentran un espacio de socialización distinto al que existen en sus barrios, se sienten orgullosos de lo que han logrado, creen en ellos y en lo que pueden hacer, disfrutan de tocar, se sienten valorados por personas de distintos sectores sociales (Wald, 2012).

Otras variables estudiadas fueron las horas de practica semanales y por cuantos semestres ha realizado la actividad, encontrando que una exposición de 6 a 8 horas a la semana por 6 semestres lograba una mejor percepción de CV y CVRS, y entre las categorías donde se encontró significancia están: una mejor autodeterminación, y en la escala de dolor, la percepción de este fue muy leve. Yuen y Mueller estudiaron el impacto de clases de actuación de un colectivo teatral, quienes practicaban dos horas diarias, seis veces a la semana. Se encontró una mejora percibida en bienestar psicológico, salud física y disfrute de interacción social (Yuen, 2011).

Además, el 55,8% de encuestados no tiene beca por participación y el 44,2% si lo tiene. Lo que concuerda con los criterios de inclusión, puesto que se buscó una exposición mínima de 1 año para participar en la investigación, y para la obtención de una beca cultural o deportiva el estudiante debe pasar mínimo un año, de manera regular en el taller o disciplina. Los resultados del presente estudio encontraron que la percepción de CV y CVRS fue ligeramente mejor en los estudiantes que no tienen este tipo de beca, sin embargo no se encontró significancia en ninguna de las categorías estudiadas. Este dato es concordante con el estudio de Smith y Briers (2001), quienes evaluaron la CV de 4283 estudiantes becados del Agricultural Consortium of Texas, que comprende trece universidades con licenciaturas en agricultura, encontrando que la calidad de vida en estas personas fue aceptable o excelente en un 90%, y se asoció más a estudiantes que participan en organizaciones voluntarias o religiosas (Smith & Briers, 2001). Sin embargo, también se puede citar el estudio cualitativo de Velasco y cols., en el cual se evaluó un sistema de atención a estudiantes becarios de la

Universidad Nacional Autónoma de México, encontrando que estos estudiantes responden con más regularidad a sus estudios, pero también presentan factores de riesgo para deserción escolar como situaciones económicas adversas, situaciones familiares conflictivas, falta de estrategias de estudio, problemática emocional, flexibilidad de plan de estudios, distancia de su hogar a la universidad, entre otras, por lo que se recomendó una atención integral en otras áreas que pudieran poner en riesgo de abandono de sus estudios (Cruz, Olivera, & Valades, 2013). Si bien la población de estudio tuvo becas de participación en actividades extracurriculares y no en académicas como en estos estudios, es importante señalar los posibles factores que podrían conllevar al abandono de sus estudios, que podría conducir a una mala percepción de calidad de vida.

La evidencia analizada de que las actividades extracurriculares mejoran la calidad de vida de los estudiantes universitarios, debe ser sustentada del mismo modo en el ámbito legal, por lo que se subraya que la Constitución del Ecuador del 2008 reconoce la noción del Buen Vivir, donde se destaca que para vivir bien se requiere que el ser humano esté en equilibrio consigo mismo, en equilibrio con otros seres humanos y en equilibrio con la naturaleza (León, 2015). Esto sumado a la Ley de Educación Superior, que consideran a esta con fines de carácter humanista, cultural y científica, que en su artículo 5 literal f) destaca el derecho de los estudiantes de asociarse, expresarse y completar su formación bajo la más amplia libertad de cátedra, y en su artículo 125 uno de sus principios es realizar programas y cursos de vinculación con la sociedad (LOES, 2011), las actividades culturales y deportivas contribuyen a la formación integral, son un derecho, y mejoran la calidad de vida de los estudiantes.

## CAPÍTULO 8

### CONCLUSIONES

- Se demostró que quienes realizan actividades extracurriculares, culturales y deportivas, en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Quito, tienen una mejor percepción de calidad de vida que quienes no las realizan, en aspectos como: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico, autodeterminación e inclusión social, a través de instrumentos de medición como la Escala GENCAT.
- Los estudiantes que acuden este tipo de actividades tienen una mejor calidad de vida relacionada con la salud en aspectos como forma física, actividades cotidianas, sentimientos, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado actual de salud, apoyo social y autopercepción de la calidad de vida comparados con quienes no las realizan en la PUCE, a través del Cuestionario COOP/WONCA.
- La práctica de actividades extracurriculares es promotora de salud en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Quito, de acuerdo la investigación realizada en torno a determinantes de salud, entornos saludables y beneficios en ámbitos de salud de actividades culturales y deportivas, y a los resultados obtenidos en torno a calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud.
- La práctica regular de actividades extracurriculares, de 6 a 8 horas a la semana, por más de 6 semestres, contribuye a una mejor percepción de CV en actividades culturales en aspectos como bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos, y CVRS en actividades deportivas en aspectos como percepción del dolor, apoyo social y valoración de calidad de vida. Además, la percepción de CV y CVRS no varía significativamente si el estudiante tiene o no una beca cultural o deportiva.

#### *Limitaciones*

- Para el desarrollo de esta investigación, se propuso estudiar a una escasa población de estudiantes que regularmente acude a actividades deportivas y culturales, por lo

que varias veces no se los encontró y se tuvo que programar nuevos encuentros con los estudiantes requeridos.

- Se encontró estudiantes que realizan otro tipo de actividades fuera del ámbito académico como: grupos religiosos, organizaciones estudiantiles, grupos de debate, voluntariados, grupos de formación para la responsabilidad social, etc., que no fueron tomadas en cuenta, y que de incluirlos se esperaría una mirada más completa en esta investigación.

## CAPÍTULO 9

### RECOMENDACIONES

- Promover una adecuada actividad física diaria en todos los miembros de la Comunidad Universitaria. Se recomienda 30 minutos diarios de actividad física, para evitar problemas como el sedentarismo, obesidad, enfermedades crónicas y degenerativas que pueden ser prevenidas.
- Apoyar espacios donde sean los propios estudiantes los que discutan los medios adecuados para promocionar salud, y como poder mejorar la convivencia entre pares, docentes, administrativos, personal de servicio, de manera que todos puedan contribuir en mejorar continuamente la calidad de vida de nuestra comunidad universitaria.
- Se recomienda fomentar la práctica de actividades extracurriculares dentro de la Universidad, a partir de estrategias como la socialización de sus beneficios, tanto en términos de salud, como económicos (becas), mayor difusión por parte de los responsables de sus coordinaciones, docentes, y estudiantes que pertenezcan a estos grupos.
- Establecer estrategias atractivas para que más personas se interesen por desarrollar una cultura del cuidado mutuo, como pausas activas, acompañamientos entre pares, grupos de apoyo, etc., para alcanzar un bienestar físico, mental, espiritual y social, en armonía con el medioambiente.
- Fomentar espacios de diálogo entre estudiantes y autoridades para conocer las necesidades, gustos, intereses de la población estudiantil, y establecer mecanismos continuos que mejoren la calidad de vida de toda la comunidad universitaria.
- Crear nuevas opciones de extracurriculares y apoyar las ya existentes en otros espacios de la universidad como Pastoral Universitaria, Coordinación de Salud, Coordinación de Inclusión de Estudiantes de Grupos de Atención prioritaria,

FEUCE, entre otras, y de esta manera, contribuir en el desarrollo personal y humano de los estudiantes, construyendo una educación integral.

- Es necesario, el apoyo constante, tanto en el plano administrativo como en el económico, por parte de las autoridades de la universidad para continuar promoviendo salud a través de grupos culturales y deportivos.
- Continuar investigando alternativas que mejoren la calidad de vida de los estudiantes, y que complementen este estudio a partir de una metodología cualitativa, por medio de grupos focales, entrevistas a informantes claves, observación del participante, estudios de caso, etc.

## Referencias bibliográficas

- Subsecretaría de promoción y prevención de salud de México. (2007). *PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Entornos y Comunidades Saludables*. México D.F.: Secretaría de Salud.
- Adler, J. (2002). *Offering From the Conscious Body: The Discipline of Authentic Movement*. VT: *Inner Traditions*.
- Airasca, D. A. (2009). *Actividad física, salud y bienestar*. Nobuko: Nobuko.
- Alonso, A. L., López-Aguado, M., Millán, I. G., & Martínez, E. F. (2012). El ocio y los enfoques de aprendizaje en estudiantes universitarios de Enfermería. *Revista de Investigación Educativa*.
- Álvarez Del Palacio, E. y. (1996). El ejercicio corporal como forma de mantenimiento físico y conservación de la salud: una perspectiva histórica. *Archivos de Medicina del Deporte*, 37-45.
- Alvariñas, M., Fernandez, M. d., & López, C. (2009). Actividad física y percepciones sobre deporte y género. *Revista de Investigación en Educación*, 113-122.
- Allende, G. (2010). Motivaciones de los estudiantes universitarios para nunca realizar actividades físico-deportivas de tiempo libre . El caso de la Universidad nunca realizar actividades físico-deportivas de tiempo libre . El caso de la Universidad de Guadalajara. *Dialnet*, 34–37.
- Anotonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. . *Health Promotion International* , 11-18.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora . *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, 161-164 .

- ARRIAGA, I. (2003). Capital social: potencialidades y limitaciones analíticas de un concepto. *Estudios Sociológicos*, 564.
- Arroyo, J. (2016). *FINANCIAMIENTO DE LOS PROYECTOS DE GRUPOS Y TALLERES CULTURALES*. Quito: Coordinación de Cultura PUCE.
- Banda, A., & Morales, M. (2012). Subjective quality of life in university students. *ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA*, 29-43.
- Bartlett, D. K. (2014). The effects of music listening and perceived sensory experiences on the immune system as measured by interleukin 1 and cortisol. En D. A. Fancourt, *The psychoneuroimmunological effects of music: A systematic review* (págs. 15-26). London: Elsevier.
- Bennett M, L. C. (1999). Use of complementary therapies in a rural cancer population. *Oncol Nurs Forum*, 1287-1294.
- Berbel, P. M. (2007). Music versus diazepam to reduce preoperative anxiety: a randomized controlled clinical trial . *J. Music Ther.* , 194-209.
- Berenguer, Á. (1992). El teatro y la comunicación teatral. *Revista de Estudios Teatrales*, 15.
- Bernardi, L. P. (2006). Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians: the importance of silence. . *Heart* 92, 445–452.
- Berrol, C. O. (1997). Dance/movement therapy with older adults who have sustained neurological insult: a demonstration project. *Am J Dance Therapy*, 135-160.
- Bielanska A, C. A. (1991). Drama Therapy as a Means of Rehabilitation for Schizophrenic- Patients - Our Impressions. . *American Journal of Psychotherapy*, 566-575.

- Bittman, B. B. (2001). Composite effects of group drumming music therapy on modulation of neuroendocrine-immune parameters in normal subjects. *Health Med*, 38–47.
- Blair, S. N. (1992). How much physical activity is good for health? . *Ann. Ref. Publ. Health.* , 99-126.
- Boal, A. (1975). *Teatro do oprimido e outras poéticas políticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Boal, A. (1982). *The Theatre of the Oppressed*. London: Routledge.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Campbell, A. (1976). Subjective measure of well-being. *American Pshychologist*, 117-124.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York: Recent patterns and trends.
- Carmen Padilla Moledo, J. C. (2013). ¿Podemos mejorar nuestra salud mental a través de la Danza? *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 194.
- Caruso, C. (24 de Agosto de 2016). *Foro arte y salud*. Obtenido de Prevención en Salud Mental: <https://foroarteysalud.files.wordpress.com/2009/07/arte-desde-carusso.pdf>
- Castillo, E., Giménez, .. J., & Sáenz-López, P. (2009). Ocupación del tiempo libre del alumnado de la Universidad de Huelva. *Revista de Ciencias del Deporte*, 91-103.
- Clift, S. (2005). Health Education. *Guest Editorial* , 328-330.
- Conrad, C. N. (2007). Overture for growth hormone: requiem for interleukin-6? . *Crit. Care Med*, 2709–2713.

- Córdova, M. (31 de Mayo de 2016). Entrevista para solicitar información sobre el funcionamiento de la Coordinación de Deportes PUCE. (J. Córdor, Entrevistador)
- Crovetto, M. (2009). Antecedentes Internacionales Y Nacionales De La Promoción De Salud En Chile: Lecciones Aprendidas Y Proyecciones Futuras. *Rev Chil Nutr Vol. 36*.
- Cruz, S., Olivera, G., & Valades, M. (Agosto de 2013). *Alfaguia*. (U. N. México, Ed.) Recuperado el 09 de Septiembre de 2016, de [http://www.alfaguia.org/www-alfa/images/ponencias/clabesIII/LT\\_2/ponencia\\_completa\\_93.pdf](http://www.alfaguia.org/www-alfa/images/ponencias/clabesIII/LT_2/ponencia_completa_93.pdf)
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2010). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2*. Copenhagen: World Health Organization.
- Dávila, M. (2015). *El impacto de la Psicoterapia Psicoanalítica Breve en el Bienestar Psicológico*. Quito: DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA PUCE.
- Davis, B. W. (1985). The impact of creative drama training on psychological cal states of older adults: an exploratory study. . *The Gerontologist*, 315-321.
- Devís Devís, J. y. ( 2009). Nuevas perspectivas curriculares en Educación Física: La salud y los juegos modificados . En D. A. Giardini, *Actividad física, salud y bienestar* (págs. 1-294). Buenos Aires: Nobuko.
- Devís, J. y. (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona: Inde Publicaciones.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Dirección de Informática PUCE. (2016). *Resumen Matriculados semestre 2015-02*. Quito : Dirección de Informática PUCE.

- Doody, R. S. (2001). Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). . *Neurology*, 1154-1166.
- Duberg, A. H. (2013). Influencing self-rated health among adolescent girls with dance intervention: a randomized controlled trial. . *JAMA Pediatr*, 27-31.
- Dueñas, G., Lara, M., Zamora, G., & Salinas, G. (2005). ¿Qué es la calidad de vida para los estudiantes? *Rev. de Neuro-Psiquiat.*, 212-221.
- Durán, S., & Castillo, M. (2009). DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE DIFERENTE AÑO DE INGRESO DEL CAMPUS ANTUMAPU. *Rev. chil. nutr.*, 36.
- Durán, S., & Castillo, M. (2009). DIFFERENCES IN UNIVERSITY STUDENTS' QUALITY OF LIFE IN THE ANTUMAPUCAMPUS THROUGHOUT 2005-2007. *Rev Chil Nutr Vol. 36*, 200-209.
- Durán, S., Bazaez, G., & Figueroa, K. (2012). Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras universitarias de la Universidad Sa. *Nutr Hosp*, aprox. 18 pags.
- Enrique Cantón. (2001). Deporte, Salud, Bienestar y Calidad de Vida. *Cuadernos de Psicología del Deporte*.
- Espada, J., Pereira, J., & García, J. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 531-537.
- Esteban y Peña, M., Jiménez García, R., & Gil-De Miguel, A. (2010). Calidad de vida en relación con la salud, medida por las láminas COOP/WONCA en la ciudad de Madrid. *Revista de Medicina Familiar SEMERGEN*, 187-195.

- Everitt, A. y. (2003). Arts, health and community: a study of five arts in community health projects. *CAHHM*.
- Facultad de Ciencias Humanas PUCE. (09 de Agosto de 2016). *www.puce.edu.ec*. Obtenido de <http://www.puce.edu.ec/documentos/ciencias-humanas/CH-Manual-del-Estudiante.PDF>
- Fancourt, D. A. (2014). The psychoneuroimmunological effects of music: A systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity*, 15-26.
- García, J., & Santizo, J. (2010). ANALISIS DE LA RELACION ENTRE LA GESTION DEL TIEMPO LIBRE, EL OCIO Y LOS ESTILOS DE APRENDIZAJE. *Revista Estilos de Aprendizaje*.
- Garrido, A. P. (2009). El arte comunitario: origen y evolución. *Arteterapia*, 199.
- Gómez-Mengelner, E. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida através de los documentos de la OMS. *TOG (A Coruña)*, 1-10.
- Graham-Engeland, G. S. (2016). The benefits of contemplating tragic drama on self-regulation and health. *Oxford Journals, Health Promotion International*, 187-199.
- GRUPO DE LA OMS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA. (1996). *¿Qué es calidad de vida?* OMS-WHO.
- Hackney, M. &. (2010). Social partnered dance for people with serious and persistent mental illness: a pilot study. . *J. Nerv Ment Dis*, 76-78.
- Hamilton, C. y. (2003). Arts for Health: still searching. *Journal of Epidemiology and*, 401-402.
- Hancock, T. (1993). The evolution, impact and significance of the healthy cities/healthy communities movement. *J Public Health Policy*, 5-18.

- Harrison, D., Ziglio, E., & Levin, L. &. (2004). *Assets for Health and Development: developing a conceptual framework*. Venice: World Health Organisation.
- Hernández, E. (2009). *Salud y Red*,. Barcelona: UOC.
- Hirokawa, E. O. (2003). The effects of music listening after a stressful task on immune functions, neuroendocrine responses, and emotional states in college students . *J. Music Ther*, 189–211.
- Hunt, S. (1988). Measuring health in clinical care and clinical trials. En G. TEELING-SMITH, *Measuring health: A practical approach* (págs. 7-20). London: John Wiley & Sons.
- Jenkyns, M. (1996). *The Play's the Thing. The Play's the Thing*. London: Routledge.
- Jennings, S. (1990). *Dramatherapy with Families, Groups and Individuals: Waiting in the Wings*. *Dramatherapy with Families, Groups and Individuals: Waiting in the Wing*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Jeong, Y.-J. H.-C.-C.-K.-M. (2005). Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. . *International Journal of Neuroscience*, 115.
- Jiménez, A. M. (2006). *DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Bases, Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: DYKINSON, S.L.
- Jiménez, A. M. (2006). *DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Bases, Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: DYKINSON, S.L.
- Jodra, P. (1994). *Deporte y salud: la realidad psico-sociológica*. Barcelona: Oikos Tau.
- Juvinyà Canal, D., & Arroyo Acevedo, H. V. (2012). *La promoción de la salud, 25 años después* . Catalunya : Documenta Universitaria.

- Karvonen, M. (2009). The relationships of habitual physical activity to diseases in the cardiovascular system. En D. A. Airasca, *Actividad física, salud y bienestar* (págs. 1-294). Buenos Aires: Nobuko.
- Kejr, A. G. (2010). Receptive music therapy and salivary histamine secretion. *Inflamm. Res.* 59, S217–S218.
- Kershaw, B. (1992). *The Politics of Performance: Radical Theatre as Cultural Intervention*, .. London-New York: Routledge.
- Kibler, V. R. (2014). Effects of progressive muscle relaxation and music on stress as measured by finger temperature response. En D. Fancourt, *The psychoneuroimmunological effects of music: A systematic review* (págs. 15-26). London: Brain, Behavior, and Immunity.
- Kimata, H. (2003). Listening to Mozart reduces allergic skin wheal responses and in vitro allergen-specific IgE production in atopic dermatitis patients with latex allergy. *Behav. Med.* 29, 15–19.
- Koyama, M. W. (2009). Recreational music-making modulates immunological responses and mood states in older adults. . *J. Med. Dent. Sci.*, 79–90.
- Kretzmann, J. (2000). Co-producing health: professionals and communities build on assets. *Health Forum J.*, 42.
- Larrauri, R. C. (2005). *COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA LA PROMOCION DE LA SALUD* . Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- León, M. (2015). *Del discurso a la medición: Propuesta metodológica para medir el Buen Vivir en Ecuador*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC): <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

inec/Estudios%20e%20Investigaciones/Medias\_buen\_vivir/Buen\_Vivir\_en\_Ecuador\_del\_concepto\_a\_la\_medicion.pdf

- Lerner RM, G. N. (1998). Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annu Rev Psychol*, 413-446.
- Lizan Tudela, L., & Reig Ferrer, A. (2002). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: Las viñetas COOP/ WONCA. *Atención Primaria*, 378-84.
- LOES. (2011). *Reglamento General de la Ley Organica de Educación Superior*. Quito: República del Ecuador.
- Manidi, M. J.-A. (2002). *Actividad Física y Salud. Aportaciones de las ciencias humanas y sociales. Educación para la salud a través de la actividad física*. Barcelona: Ed. Masson.
- Martínez Moreno, F. (23 de Agosto de 2016). *Promoción y Educación para la Salud*. Obtenido de <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>
- Matsuzaki T, N. A. (2006). Mirthful laughter differentially affects serum pro- and anti-inflammatory cytokine levels depending on the level of disease activity in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 182-186.
- McInnis, K., Franklin, B., & Rippe, J. (2003). Counseling for physical activity in overweight and obese patients. *American academy of family physicians*, 1249-1256.
- Meisel V, C. K.-B. (2009). El efecto de los «payasos de hospital» en el malestar psicológico y las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psicothema*, 604-609.
- Mendes, R. (2002). *Qualidade de vida nas cidades: o movimento por cidades saudáveis*. São Paulo: Centro de Estudos Avançados em Economia.

- Migneault, B. G. (2004). The effect of music on the neurohormonal stress response to surgery under general anesthesia. . *Anesth. Analg*, 527-532.
- Ministerio de Salud de Argentina. (2012). *Manual de universidades saludables*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de Argentina.
- Ministerio del Deporte . (2014). *Acuerdo Ministerial N° 2803*. Quito: República del Ecuador.
- MINSA, M. d. (2000). *Lineamientos y Estrategias para la Gestión Local de la Comunicación Educativa*. Lima: Perú.
- Montero, & Fernández. (2012).
- Montero, D., & Larrinoa, P. F. (2012). *Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención*. Deusto: Universidad de Deusto.
- Mora Ripoll R, R. M. (2008). El valor terapéutico de la risa en medicina. *Med Clin* , 694-698.
- Moreno, B. (1996). Evaluación de la Calidad de Vida. *Manual de evaluación en psicología clínica y en salud*.
- Morris, J. H. (1956). The physique of London Busmen. *Lacent* 2, 569-570.
- MSP . (2013). *Manual del modelo de atención integral de salud MAIS*. Quito: MSP.
- Muller-Pinget, S. C. (2012). Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient Educ Couns*, 525-528.
- Nilsson, U. (2009). Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after exposed to calming music postoperatively: a randomized controlled trial. . *Eur. J.Anaesthesiol.* , 96–102.

- Noice H., N. T. (2009). An arts intervention for older adults living in subsidized retirement homes. . *Neuropsychology and Cognition*, 1-24.
- Okada, K. K. (2009). Effects of music therapy on autonomic nervous system activity, incidence of heart failure events, and plasma cytokine and catecholamine levels in elderly patients with cerebrovascular disease and dementia. *Int. Heart J.* , 95–110.
- Oliveira, S. S. (2010). Physiological responses to a tap dance. *J Strength Cond Res*, 24.
- OMS. (1984). Ginebra.
- OMS. (1998). *Unidad de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, Promoción de Salud - Glosario*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2010). What do we mean by "sex" and "gender"? *Organización Mundial de la Salud*.
- OMS. (2012). WHOQOL Group. En D. M. Larrinoa, *Calidad de vida, inclusión social y procesos de intervención* (págs. 1-327). Ginebra: Universidad de Deusto.
- OMS. (24 de 08 de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- OMS; SBESC; ACS. (1986). *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa: Association canadienne de santé.
- ONU. (2005). *Informe sobre la juventud mundial*. Asamblea General Consejo Económico y Social.
- OPS. (2009). *MANUAL DE GESTIÓN TERRITORIAL Estrategia de Entornos Saludables*. Bogotá: Nuevas Ediciones.
- OPS/OMS y Red Latinoamericana de Arte para la Transformación Social. (2009). Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo. *Primer Foro Internacional Arte, Puente para la Salud y el Desarrollo* (págs. 1-4). Lima: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (24 de Agosto de 2016). *Promoción de la Salud*. Obtenido de [http://www.who.int/healthy\\_settings/about/en/index.html](http://www.who.int/healthy_settings/about/en/index.html)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). , *Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas, Documento de Trabajo Desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud*. Pamplona : OMS.
- Osoba, D. (2005). Health relate quality of life outcomes in clinical trial. En P. F. HAYS, *Assessing quality of life in clinical trial* (págs. 259-274). New York: Oxfor University Press.
- Pacheco, P. (2010). *Calidad de Vida relacionada con la Salud de adolescentes y jóvenes: estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero*. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro.
- Páez Cala, M. L., & Castaño Castrillón, J. J. (2010). Lifestyles and health of students in a Psychology Program. *Psicología desde el Caribe*.
- Paffenbarger, R. W. (1978). Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *American Journal Epidemiology*, 108-161.
- Palo-Bengtsson, L. &. (2002). Emotional response to social dancing and walks in persons with dementia. . *Am J Alzheimers Dis Other Demen* , 149-153.
- Palomar, J., Lanzagorta, N., & Hernández, J. (2005). Poverty, psychological resources and subjective well-being. . *Social Indicators Research*, 375-408.
- Paredes, R. (2015). *Relación de la actividad física con la calidad de vida en personas que realizan actividad física regular en el gimnasio Stampa en el Valle de los Chillos , en contraste con personas sedentarias de a empresa Farmacéutica James Brown* . Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

- Pastor, Y., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18-24.
- Pate RR, O. J. (2008). The evolving definition of «sedentary». *Exerc Sport Sci Rev*,, 173-178.
- Peralta, M. F. (07 de Septiembre de 2016). Avances de la Red de Universidades Saludables. (J. Córdor, Entrevistador)
- Pérez-Escoda, N. (2013). *VARIABLES PREDICTIVAS DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*. Alicante: Universidad de Barcelona.
- Persino, M. (2013). Teatro y salud en argentina: atender, entender, extender. *Conjunto : revista de teatro latinoamericano*, 11-19.
- Piko, B. (2007 ). Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr.* , 701-708.
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (09 de Agosto de 2016). *www.puce.edu.ec*. Obtenido de <http://www.puce.edu.ec/portal/content/Vida%20estudiantil/81?link=oln30.redirect>
- Pyman T., & R. (2006). Participating in a community theatre production: duction: A dramatherapeutic perspective. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 562–572.
- Ramírez-Hoffmann, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colomb Med*, 3-5.
- Rancourt, A. S. (1996). El teatro, instrumento eficaz para la promoción de la salud. *Foro Mundial de la Salud* , 66-71.
- Reig Ferrer, A., & Cabrero, J. (2001). *LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*,. Alicante: Universidad de Alicante.

- REUPSB, R. E. (2016). DECLARACIÓN DE AMBATO. (págs. 1-2). Ambato: REUPSB.
- Reyes, E. d. (2000). Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 295-304.
- Rodríguez Rodríguez, M. (2009). *IV CONGRESO INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD: Universidad y estilos de vida*. Pamplona: OMS.
- Rodríguez-Suárez, J., & Agulló, T. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11( 2), 247-259., 247-259.
- Rousseau, J.-J. (2007). *Diccionario de Música* . Madrid: Akal.
- Ruddy RA, D.-B. K. (2007). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Sakamoto, M. A. (2014). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International psychogeriatrics*. En F. Daisy, *The psychoneuroimmunological effects of music: A systematic review* (págs. 16-27). London: Elsevier.
- Sarna, S., Koskenvuo, M., & Kujala, U. y. (1998). Relationship of leisure-time physical activity and mortality: the Finnish twin cohort. *JAMA*, 279-440.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2003). Quality of life for human service practitioners. *American Association on Mental Retardation*.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 21-36.

- Schwartzmann, L. (2003). CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: CONCEPTUAL ASPECTS . *Cienc. enferm.* v.9 .
- Selman, L. W. (2012). A mixed-methods evaluation of complementary therapy services in palliative care: yoga and dance therapy. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 87-97.
- Serra, J. (1996). *Prescripción de ejercicio físico para la salud*. Barcelona: Ed. Paidotribo.
- Smith, J., & Briers, G. (2001). Quality of Life of Scholarship Recipients. *Journal of Southern Agricultural Education Research*, 114-123.
- Smith, T. (2001). *Common Knowledge: The Tyne and Wear*. Durham: University of Durham.
- Sola, J., & cols. (2014). *IMPACTO DE UNA RED SISTÉMICA DE APOYO EN SALUD PARA ESTUDIANTES NOVATOS*. Quito : PUCE.
- South, J. (2005). Community arts for health: An evaluation of a district programme. *Health and education*, 155-168.
- Studenski, S. P.-B. (2010). Interactive video dance games for healthy older adults. . *J Nutr Health Aging*, 850-852.
- Tatarkiewicz, W. (2002). *Historia de seis ideas*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Tinoco, M. (2013). *Influencia del Método Pilates sobre la condición física-salud en sujetos jóvenes sanos*. Granada: Universidad de Granada.
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Ininorte*, 76-86.
- Undurraga, C., & Avendaño, C. (1998). Dimensión psicológica de la pobreza. *Psykhe*, 57-63.

- Urzúa, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Quality of life: A theoretical review ., *TERAPIA PSICOLÓGICA Vol. 30*, 61-71.
- Valentini, H., & O'Neill, M. (2004). Potencial y limitaciones de las redes en el sector de la salud y del bienestar: el ejemplo de la Rede Quebequense de Ciudades y Municipios Saludables (RQCMS). *Promotion and Education*, 248- 252.
- Velásquez, M. T.-N.-M. (2006). Análisis psicológico de la actividad física en estudiantes de una universidad de Bogotá, . *Colombia. Rev*, 1-12.
- Vera, J., & Rodríguez, E. ( 2007). La felicidad y sus correlatos en los estudiantes de la Universidad de Sonora. . *Revista de la Universidad de Sonora, octubrediciembre*, 17-19.
- Vera, J., & Tánori, B. (2002 ). Propiedades psicométricas de un instrumento para medir bienestar subjetivo en la población mexicana. *Apuntes de Psicología*, 63-80.
- Verdugo Alonso, M. Á. (2009).
- Verdugo Alonso, M. Á. (2009). *Manual de Aplicación de la Escala GENCAT*. Catalunya: II. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, Discapacitats –.
- Verónica Acevedo, J. E. (2010). *EFFECTOS DE LA TERAPIA DE LA RISA EN LA ENFERMEDAD*. Medellín: Universidad CES.
- Wagener, T. F. (2012). Psychological effects of dance-based group exergaming in obese adolescents. *Pediatr Obes*, 68-74.
- Wald, G. (2012). *Salud, sociedad y derechos : Investigaciones y debates interdisciplinarios*. Buenos Aires: Teseo.
- WHO-WORLD HEALTH ORGANISATION. (1948). *The constitution of World Health Organization*. New York: WHO.

Wladislao, T. (2001). *Historia de seis ideas Arte, belleza, forma, creatividad, mimesis, experiencia estética*. . España: Tecnos Alianza.

Yuen, H. K. (2011). Impact of participation in a theatre programme on quality of life among older adults with chronic conditions: A pilot study. . *Occupational Therapy International*, 201-208.

## ANEXOS

### ANEXO 1 BAREMO PARA MUESTRA GENERAL

Puntuaciones directas

Puntuación estándar	BE	RI	BM	DP	BF	AU	IS	DR	Percentil
20									>99
19		40							>99
18		39							>99
17		38		32			32		99
16		36-37		31			31		98
15	31-32	35		29-30		35-36	29-30		95
14	30	33-34		27-28	32	33-34	28		91
13	28-29	32	32	26	31	30-32	27	40	84
12	26-27	30-31	31	24-25	30	28-29	25-26	38-39	75
11	25	28-29	30	23	29	26-27	24	37	63
10	23-24	27	29	21-22	28	23-25	23	36	50
9	21-22	25-26	28	20	27	21-22	22	34-35	37
8	20	24	27	18-19	26	19-20	20-21	33	25
7	18-19	22-23	26	17	25	17-18	19	32	16
6	16-17	20-21	25	15-16	24	14-16	18	30-31	9
5	15	19	24	13-14	23	12-13	16-17	29	5
4	13-14	17-18	23	12	22	10-11	15	28	2
3	12	16	22	10-11	21	9	14	26-27	1
2	10-11	14-15	21	9	20		13	25	<1
1	8-9	10-13	8-20	8	8-19		8-12	10-24	<1

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DR= Derechos.

**ANEXO 2 Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida. (Verdugo Alonso, 2009)**

Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil	Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil	Total (suma de las PE)	ICV (PE compuesta)	Percentil
120	138	>99	88	107	69	57	78	8
119	137	>99	87	107	67	56	78	7
118	135	>99	86	106	65	55	77	6
117	135	99	85	105	62	54	76	5
116	134	99	84	104	60	53	75	5
115	133	99	83	103	57	52	74	4
114	132	98	82	102	55	51	73	4
113	131	98	81	101	53	50	72	3
112	130	98	80	100	50	49	71	3
111	129	97	79	99	48	48	70	2
110	128	97	78	98	45	47	69	2
109	127	97	77	97	43	46	68	2
108	126	96	76	96	40	45	67	1
107	125	95	75	95	38	44	66	1
106	124	95	74	94	35	43	65	1
105	123	94	73	93	33	42	64	1
104	122	93	72	92	31	41	63	1
103	122	93	71	92	29	40	62	1
102	121	92	70	91	27	39	61	1
101	120	91	69	90	25	38	60	<1
100	119	89	68	89	23	37	60	<1
99	118	88	67	88	21	36	59	<1
98	117	87	66	87	19	35	58	<1
97	116	86	65	86	17	34	57	<1
96	115	84	64	85	16	33	57	<1
95	114	83	63	84	14	32	56	<1
94	113	81	62	83	13	31	56	<1
93	112	79	61	82	12	30	55	<1
92	111	77	60	81	11	29	54	<1
91	110	75	59	80	9	28	53	<1
90	109	73	58	79	8	27	52	<1
89	108	71						

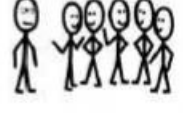
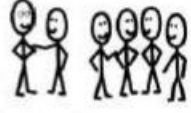
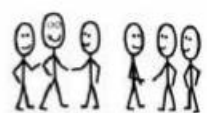
Nota: PE= Puntuaciones estándar; ICV= Índice de Calidad de vida

**Anexo 3 Cuestionario COOP/WONCA, 1998**

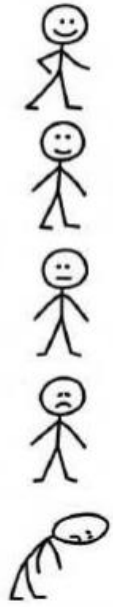
**Encierre con un círculo la imagen que corresponde a su respuesta**






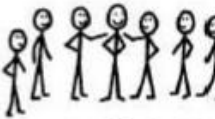
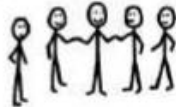



<p>1) Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar, durante al menos 2 minutos?</p>	<p>2) Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de su casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?</p>
<p>Muy intensa (p.ej.: correr de prisa)</p>	<p>Ninguna dificultad</p>
<p>Intensa (p.ej.: correr con suavidad)</p>	<p>Un poco de dificultad</p>
<p>Moderada (p.ej.: caminar a paso rápido)</p>	<p>Dificultad moderada</p>
<p>Ligera (p.ej.: caminar despacio)</p>	<p>Mucha dificultad</p>
<p>Muy ligera (p.ej.: caminar lentamente o no poder caminar)</p>	<p>Toda, no he podido hacer nada</p>

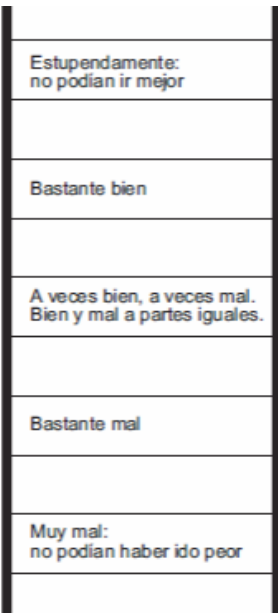
<p>3) Durante las 2 últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza, y de ánimo?</p>	<p>4) Durante las 2 últimas semanas, ¿su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?</p>
<p>Nada, absoluto</p> <p>Un poco</p> <p>Moderadamente</p> <p>Bastante</p> <p>Intensamente</p>	<p>No, nada en absoluto</p> <p>Ligeramente</p> <p>Moderadamente</p> <p>Bastante</p> <p>Muchísimo</p>



5)¿Cómo calificaría su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?			6) Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuánto dolor has tenido?
Mucho mejor	↑↑	++	Nada de dolor
Un poco mejor	↑	+	Dolor muy leve
Igual, por el estilo	↔	=	Dolor ligero
Un poco peor	↓	-	Dolor moderado
Mucho peor	↓↓	--	Dolor intenso



<p>7) Durante las 2 últimas semanas, ¿Cómo calificaría su salud, en general?</p>	<p>8) Durante las 2 últimas semanas, ¿Había alguien dispuesto a ayudarle si lo necesitaba y quería ayuda? (Ej.: necesitaba hablar con alguien, necesitaba ayuda en las tareas de la casa, caía enfermo, etc.)</p>
<p>Excelente</p>  <p>Muy buena</p>  <p>Buena</p>  <p>Regular</p>  <p>Mala</p> 	<p>Sí, todo el mundo estaba dispuesto a ayudarme</p>  <p>Sí, bastante gente</p>  <p>Sí, algunas personas</p>  <p>Sí, había alguien</p>  <p>No, nadie en absoluto</p> 

<p>9) ¿Qué tal han ido las cosas durante las últimas 2 semanas?</p>	
	<p>GRACIAS POR TU COLABORACIÓN</p> <p style="text-align: center;">😊</p>

**Anexo 4 Escala GENCAT de calidad de vida adaptada a la población universitaria de la PUCE**

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: Masculino Femenino

Facultad: \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_

Realiza alguna actividad extracurricular (cultural o deportiva propuesta por la PUCE): SI  
NO

En caso de responder SI a la anterior pregunta, conteste las siguientes:

¿Qué actividad extracurricular realiza? \_\_\_\_\_

¿Por cuántos semestres ha desarrollado esta actividad? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas practica la misma a la semana? \_\_\_\_\_ Tiene beca cultural o deportiva  
SI NO

Marque con una X la respuesta que considere adecuada.

Preguntas	Siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>				
1. Se muestra satisfecho con su vida presente.				
2. Presenta síntomas de depresión.				
3. Está alegre y de buen humor.				

4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.				
5. Presenta síntomas de ansiedad.				
6. Se muestra satisfecho consigo mismo.				
7. Tiene problemas de comportamiento.				
8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.				
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>				
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.				
10. Mantiene con su familia la relación que desea.				
11. Se queja de la falta de amigos estables.				
12. Valora negativamente sus relaciones de amistad.				
13. Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.				
14. Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.				
15. Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.				
16. Se siente querido por las personas que le importan				

17. La mayoría de las personas con las que interactúa son estudiantes				
18. Tiene una vida sexual satisfactoria.				
<b>BIENESTAR MATERIAL</b>				
19. El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...).				
20. Su universidad y/o lugar de prácticas, cumple con normas de seguridad.				
21. Dispone de los bienes materiales que necesita.				
22. Se muestra descontento con el lugar donde vive.				
23. El lugar donde vive está limpio.				
24. Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.				
25. Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.				
26. El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.				
<b>DESARROLLO PERSONAL</b>				

27. Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.				
28. Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).				
29. El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades				
30. Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.				
31. Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.				
32. La universidad y/o su lugar de prácticas a la que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas				
33. Sus responsabilidades como estudiante las cumple de manera individual				
34. Se muestra desmotivado en la universidad y/o lugar de practicas				
<b>BIENESTAR FÍSICO</b>				
35. Tiene problemas de sueño.				
36. Dispone de ayudas técnicas si las necesita para mejorar su aprendizaje				
37. Sus hábitos de alimentación son saludables.				

38. Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.				
39. Tiene un buen aseo personal.				
40. Cuando acude al centro de salud de su universidad siente que se da seguimiento a su tratamiento propuesto				
41. Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.				
42. Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).				
<b>AUTODETERMINACIÓN</b>				
43. Tiene metas, objetivos e intereses personales.				
44. Elige cómo pasar su tiempo libre.				
45. La universidad y/o su lugar de practica toma en cuenta sus gustos				
46. Defiende sus ideas y opiniones.				
47. Otras personas deciden sobre su vida personal.				
48. Otras personas deciden cómo gastar su dinero				
49. Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.				
50. Organiza su propia vida.				

51. Elige con quién vivir.				
<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>				
52. Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).				
53. Su familia le apoya cuando lo necesita.				
54. Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.				
55. Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad. (económicos, transporte, servicios básicos, etc)				
56. Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.				
57. La universidad y/o su lugar de practica fomenta su participación en diversas actividades de la comunidad				
58. Sus amigos se limitan a los que asisten al misma universidad y/o lugar de practica				
59. Es rechazado o discriminado por los demás.				
<b>DERECHOS</b>				
60. Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).				

61. En su entorno es tratado con respeto.				
62. Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.				
63. Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.				
64. En la universidad y/o lugar de practica se respeta su intimidad				
65. En la universidad y/o lugar de practica se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad				
66. Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).				
67. En la universidad y/o lugar de practica se respetan y defienden sus derechos como estudiante				
68. La universidad y/o lugar de practica respeta la privacidad de su información				
69. Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.				

## **Anexo 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

**Tema: Calidad de vida y estado de salud de estudiantes que realizan actividades extracurriculares en la PUCE desde el contexto de la Promoción de Salud.**

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación de una clara explicación acerca de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación es dirigida por la Dra. Carmen Elena Cabezas y Dr. José Sola docentes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad del Ecuador y por el investigador José Córdor Salazar estudiante de la misma facultad. El objetivo de esta investigación es evaluar la calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes que realizan actividades extracurriculares (culturales y deportivas) y los que no las realizan en la PUCE.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a manera de encuesta.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Cada cuestionario será codificado y por tanto será anónimo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactarse con la directora de la investigación al correo electrónico [ce.ce.99@hotmail.com](mailto:ce.ce.99@hotmail.com), al director metodológico Dr. José Sola a [josehsolav@gmail.com](mailto:josehsolav@gmail.com) o al investigador José Córdor a [josecondor90@gmail.com](mailto:josecondor90@gmail.com). Igualmente puede negarse a participar del proyecto sin que esto lo perjudique de alguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

## **AUTORIZACIÓN**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación dirigida por la Dra. Carmen Elena Cabezas y Dr. José Sola docentes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad del Ecuador y por el investigador José Córdor Salazar estudiante de la misma facultad. He sido informado que el objetivo de esta investigación es evaluar la calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes que realizan actividades extracurriculares y los que no las realizan en la PUCE.

Declaro que me han indicado que tendré que participar para llenar dos encuestas y datos generales. La primera se conoce como escala GENCAT sobre calidad de vida junto con el cuestionario COOP/WONCA sobre estado de salud. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación sin mi consentimiento.

Reconozco que mi participación es estrictamente voluntaria y que puedo negarme a participar sin que esto me perjudique en ninguna forma. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Para esto puedo contactarme con la directora de la investigación Dra. Carmen Cabezas al correo electrónico [ce.ce.99@hotmail.com](mailto:ce.ce.99@hotmail.com), al director metodológico Dr. José Sola a [josehsolav@gmail.com](mailto:josehsolav@gmail.com) o al investigador principal José Córdor al correo electrónico [josecondor90@gmail.com](mailto:josecondor90@gmail.com).

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha:



*Grupo control*

*Anexo 6 Frecuencia de encuestados en el grupo control por facultades de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

	Frecuencia	Porcentaje
Administración	32	11,6
Arquitectura	26	9,4
Bioanálisis	6	2,2
Ciencias Exactas y Naturales	7	2,5
Ciencias Humanas	27	9,8
Comunicación	18	6,5
Economía	12	4,3
Educación	11	4,0
Enfermería	22	8,0
Gestión Social	3	1,1
Ingeniería	26	9,4
Jurisprudencia	10	3,6
Medicina	37	13,4
Psicología	32	11,6
Teología	7	2,5
Total	276	100,0

*Anexo 7 Frecuencia de encuestados en el grupo control por género de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Femenino	141	51,1
Masculino	96	34,8
No especificado	39	14,1
Total	276	100,0

*Anexo 8 Frecuencia de encuestados en el grupo control por nivel en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

	Frecuencia	Porcentaje
Cuarto	85	30,8
Decimo	5	1,8
Décimo primero	1	0,4
No especifica	6	2,2
Noveno	10	3,6
Octavo	18	6,5
Primero	12	4,3

Quinto	23	8,3
Segundo	40	14,5
Séptimo	21	7,6
Sexto	49	17,8
Tercero	6	2,2
Total	276	100,0

*Anexo 9 Frecuencia de encuestados en el grupo control por edad en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	18	13	4,7
	19	39	14,1
	20	65	23,6
	21	53	19,2
	22	48	17,4
	23	25	9,1
	24	10	3,6
	25	7	2,5
	26	5	1,8
	27	2	0,7
	28	1	0,4
	29	1	0,4
	30	2	0,7
	32	1	0,4
	33	1	0,4
	36	1	0,4
	Total	274	99,3
Perdidos	Sistema	2	0,7
Total		276	100,0

*Anexo 10 Valores Estadísticos descriptivos de la variable edad del grupo control*

		Edad
N	Válidos	274
	Perdidos	2
Media		21,30
Mediana		21,00
Desv. típ.		2,440

*GRUPO CASO*

*Anexo 11 Frecuencia de encuestados en el grupo caso por facultades de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Administración	19	13,8
	Arquitectura	8	5,8
	Bioanálisis	1	0,7
	Ciencias Exactas y Naturales	4	2,9
	Ciencias Humanas	28	20,3
	Comunicación	15	10,9
	Economía	5	3,6

Educación	3	2,2
Enfermería	7	5,1
Ingeniería	9	6,5
Jurisprudencia	5	3,6
Medicina	10	7,2
No especifica	6	4,3
Psicología	18	13,0
Total	138	100,0

*Anexo 12 Frecuencia de encuestados en el grupo caso por género de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Femenino	67	48,6
Masculino	55	39,9
No especificado	16	11,6
Total	138	100,0

*Anexo 13 Frecuencia de encuestados en el grupo caso por nivel de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Cuarto	19	13,8
Decimo	1	0,7
Decimo	1	0,7
Segundo		
Egresados	11	8,0
No especifica	7	5,1
Noveno	9	6,5
Octavo	25	18,1
Primero	2	1,4
Quinto	8	5,8
Segundo	13	9,4
Septimo	13	9,4
Sexto	22	15,9
Tercero	7	5,1
Total	138	100,0

*Anexo 14 Valores Estadísticos descriptivos de la variable edad del grupo control*

		Edad
N	Válidos	138
	Perdidos	0
Media		22,79
Mediana		22,00
Desv. típ.		4,312

*Anexo 15 Frecuencia de encuestados en el grupo caso por edad de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	18	3	2,2
	19	14	10,1
	20	24	17,4
	21	21	15,2
	22	18	13,0
	23	16	11,6
	24	13	9,4
	25	7	5,1
	26	8	5,8

	Frecuencia	Porcentaje
27	4	2,9
28	4	2,9
29	1	0,7
31	1	0,7
32	1	0,7
37	1	0,7
44	1	0,7
52	1	0,7
Total	138	100,0

*Anexo 16 Frecuencia de estudiantes por tipo de actividad extracurricular que realizan en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos cultural	71	51,4
deportiva	67	48,6
Total	138	100,0

*Anexo 17 Frecuencia de estudiantes por actividad extracurricular que realizan en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Aéreo	12	8,7
Aeróbicos	7	5,1
Ajedrez	1	,7
Andinismo	5	3,6
Árabe	3	2,2
Atletismo	1	,7
Baloncesto	1	,7
Capoeira	13	9,4
Ciclismo	3	2,2
Contemporáneo	5	3,6
Coro	11	8,0
Española	5	3,6
Folclore argentino	3	2,2
Futbol	22	15,9
Guitarra	4	2,9
Kendo	1	,7
Natación	1	,7

Neoclásica	3	2,2
Pesas	11	8,0
Taekwondo	2	1,4
Tango	4	2,9
Teatro	8	5,8
Tenis de mesa	2	1,4
Voleibol	10	7,2
Total	138	100,0

*Anexo 18 Valores Estadísticos descriptivos de la variable horas de práctica a la semana y semestres que ha practicado la actividad extracurricular*

	Horas de practica a la semana	Semestres que ha desarrollado esta actividad
N Válidos	137	138
Perdidos	1	0
Media	7,48	4,41

Mediana	8,00	4,00
Moda	8	3
Desv. típ.	3,630	2,502

*Anexo 19 Frecuencia de estudiantes por horas de práctica a la semana de la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

Horas de practica a la semana	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 2	7	5,1
3	7	5,1
4	18	13,0
5	12	8,7
6	18	13,0
7	5	3,6
8	26	18,8
9	8	5,8
10	19	13,8
11	2	1,4
12	5	3,6
13	1	0,7
14	2	1,4

	15	2	1,4
	16	1	0,7
	18	2	1,4
	20	2	1,4
	Total	137	99,3
Perdidos Sistema		1	,7
Total		138	100,0

*Anexo 20 Frecuencia de estudiantes por beca cultural o deportiva en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos No tiene beca	77	55,8
si tiene beca	61	44,2
Total	138	100,0

*Anexo 21 Frecuencia de estudiantes por semestres que practica la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 2	30	21,7
3	35	25,4
4	17	12,3
5	18	13,0
6	17	12,3
7	10	7,2
8	6	4,3
11	1	,7
12	2	1,4
13	1	,7
18	1	,7
Total	138	100,0

*Análisis bivariado*

*Anexo 22 Tabla de prueba t y valor p de la Escala GENCAT comparada con los estudiantes que acuden y no a extracurriculares.*

	t	Sig. (valor p)
--	---	----------------

Bienestar emocional	-6,763	,000
Relaciones interpersonales	-3,604	,000
Bienestar material	-1,433	,153
Desarrollo personal	-2,273	,024
Bienestar físico	-4,833	,000
Autodeterminación	-3,031	,003
Inclusión social	-3,050	,003
Derechos	-1,512	,132
TOTALGENCAT	-3,718	,000

*Anexo 23 Tabla de prueba t y valor p del Cuestionario COOP/WONCA comparada con los estudiantes que acuden y no a extracurriculares.*

	t	Sig. (bilate ral)
1) Máxima actividad	8,671	0,000
2) Dificultad para hacer actividades	3,170	0,002

3) Problemas emocionales	3,975	0,000
4) Actividades sociales limitadas	5,001	0,000
5) Estado de salud	6,291	0,000
6) Dolor	1,737	0,083
7) Salud en general	5,715	0,000
8) Alguien dispuesto a ayudarlo	3,159	0,002
9) Como han ido las cosas	6,212	0,000
Total COOP/WONCA	7,748	0,000

*Anexo 24 Tabla de diferencia de medias entre género y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA, y GENCAT*

Realiza alguna actividad extracurricular cultural o deportiva	Genero		TOTALGEN CAT	Total COOP/WON CA
no hace	Femenino	Media	223,05	22,78
extracurriculares		Desv. típ.	22,984	6,398

		Mediana	226,50	22,00
	Masculino	Media	218,03	21,49
		Desv. típ.	23,786	6,026
		Mediana	221,00	20,50
	No especificado	Media	224,38	21,44
		Desv. típ.	22,198	6,783
		Mediana	229,00	19,50
	Total	Media	221,39	22,15
		Desv. típ.	23,218	6,331
		Mediana	224,00	21,00
si	hace Femenino	Media	235,37	18,77
extracurriculares		Desv. típ.	16,901	4,540
		Mediana	236,00	18,00
	Masculino	Media	228,42	16,45
		Desv. típ.	22,469	4,241
		Mediana	235,50	17,00
	No especificado	Media	223,87	19,27
		Desv. típ.	26,728	3,305
		Mediana	227,00	18,00
	Total	Media	230,85	17,91
		Desv. típ.	21,108	4,436

	Mediana	235,00	17,00
--	---------	--------	-------

*Anexo 25 Tabla de diferencia de medias entre grupos de edad por cuartiles y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA, y GENCAT*

Realiza alguna actividad extracurricular cultural o deportiva	grupos de edad por cuartiles		TOTALGEN CAT	Total COOP/WONCA
no hace actividades extracurriculares	18-20 años	Media	222,60	21,70
		Desv. típ.	20,415	5,917
		Mediana	224,00	21,00
	21-22 años	Media	223,64	22,08
		Desv. típ.	21,925	6,099
		Mediana	227,50	21,00
	23 años en adelante	Media	214,43	23,20
		Desv. típ.	29,928	7,467

		Mediana	222,50	22,00
si extracurriculares	hace 18-20 años	Media	226,97	19,18
		Desv. típ.	23,354	5,486
		Mediana	227,00	19,00
	21-22 años	Media	227,17	18,34
		Desv. típ.	21,608	3,736
		Mediana	230,00	17,00
	23 años en adelante	Media	235,54	16,75
		Desv. típ.	18,637	3,805
		Mediana	240,00	17,00

*Anexo 26 Tabla de diferencia de medias entre nivel cursado agrupado por cuartiles y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA, y GENCAT*

Realiza alguna actividad extracurricular cultural o deportiva				TOTALGEN	Total
Primeros y últimos niveles				CAT	COOP/WONCA
no extracurriculares	hace No especifica	Media		236,50	17,50
		Desv. típ.		10,607	3,109
		Mediana		236,50	17,50

		N	2	4
		Valor p	0,2296	0,3944
	Primero a cuarto nivel	Media	223,92	21,70
		Desv. típ.	21,748	6,351
		Mediana	226,50	20,00
		N	114	133
		Valor p	0,0540	0,0045
	Quinto nivel en adelante	Media	218,20	22,78
		Desv. típ.	24,647	6,314
		Mediana	222,00	22,00
		N	100	125
		Valor p	0,0026	0,0000
si extracurriculares	hace No especifica	Media	246,00	15,83
		Desv. típ.	7,616	2,714
		Mediana	246,00	16,50
		N	5	6
		Valor p	0,2296	0,3944
	Primero a cuarto nivel	Media	232,09	18,52

		Desv. típ.	19,501	5,243
		Mediana	232,00	17,00
		N	33	40
		Valor p	0,0540	0,0045
Quinto nivel adelante	en Media		229,27	17,77
		Desv. típ.	22,106	4,104
		Mediana	235,00	17,00
		N	74	88
		Valor p	0,0026	0,0000



Anexo 27 Tabla de diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y las categorías de la Escala GENCAT

Tipo de actividad		Bienestar emocional	relaciones interpersonales	Bienestar material	Desarrollo personal	Bienestar físico	Autodeterminación	Inclusión social	Derechos	TOTALGENCAT
deportiva	Media	27,14	32,41	25,58	25,90	24,90	30,88	25,86	33,42	227,43
	N	64	64	64	67	63	66	66	65	58
	Desv. típ.	3,651	3,983	3,624	3,354	3,364	4,212	3,620	4,937	24,018
cultural	Media	27,25	33,03	27,03	27,20	25,30	32,10	27,31	35,35	234,52
	N	69	66	71	70	69	69	65	66	54
	Desv. típ.	2,851	3,508	3,149	3,110	2,783	3,163	2,931	3,395	16,918
Total	Media	27,20	32,72	26,34	26,56	25,11	31,50	26,58	34,39	230,85
	N	133	130	135	137	132	135	131	131	112
	Desv. típ.	3,248	3,748	3,447	3,285	3,068	3,749	3,363	4,324	21,108

Anexo 28 Tabla de diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y las categorías del cuestionario COOP/WONCA

**Informe**

Tipo de actividad		Máxima actividad	Dificultad para hacer actividades	Problemas emocionales	Actividades sociales limitadas	Estado de salud	Dolor	Salud en general	Alguien dispuesto a ayudarle	Como han ido las cosas	Total COOP/WONCA
deportiva	Media	1,64	1,81	2,21	1,69	1,78	1,97	1,95	2,06	1,98	16,98
	Desv. típ.	,865	,723	,897	,820	,910	,865	,799	,950	,707	4,696
cultural	Media	1,82	1,77	2,30	1,65	2,23	2,17	2,10	2,42	2,28	18,73
	Desv. típ.	,915	,796	,977	,739	,988	,878	,740	,981	,740	4,050

*Anexo 29 Tabla de prueba t y significancia para las categorías de la Escala GENCAT estratificadas por el tipo de actividad extracurricular*

	t	Valor p
Bienestar emocional	-,185	,853
relaciones interpersonales	-,949	,345
Bienestar material	-2,487	,014
Desarrollo personal	-2,362	,020
Bienestar físico	-,746	,457
Autodeterminación	-1,913	,058
Inclusión social	-2,507	,013
	-2,608	,010
TOTALGENCAT	-1,815	,072

*Anexo 30 Tabla de prueba t y significancia para las categorías COOP/WONCA estratificadas por el tipo de actividad extracurricular*

	t	Sig.
Máxima actividad	-1,154	,251
Dificultad para hacer actividades	,241	,810
Problemas emocionales	-,543	,588

	t	Sig.
Actividades sociales limitadas	,291	,771
Estado de salud	-2,698	,008
Dolor	-1,335	,184
Salud en general	-1,097	,275
Alguien dispuesto a ayudarlo	-2,177	,031
Como han ido las cosas	-2,372	,019
Total COOP/WONCA	-2,314	,022

*Anexo 31 Tabla de valor p y significancia de semestres que ha desarrollado la actividad extracurricular agrupado por cuartiles y de las categorías de la Escala GENCAT*

	t	Valor p
Bienestar emocional	1,571	,212
relaciones interpersonales	1,896	,154
Bienestar material	1,552	,216
Desarrollo personal	2,563	,081
Bienestar físico	,017	,983
Autodeterminación	3,101	,048
Inclusión social	,278	,758
Derechos	1,090	,339
TOTALGENCAT	3,131	,048

*Anexo 32 Tabla de valor p y significancia de semestres que ha desarrollado la actividad extracurricular agrupado por cuartiles y de las categorías de COOP/WONCA*

	Sig.
Máxima actividad	,927
Dificultad para hacer actividades	,229
Problemas emocionales	,489
Actividades sociales limitadas	,029
Estado de salud	,611
Dolor	,330
Salud en general	,271
Alguien dispuesto a ayudarlo	,274
Como han ido las cosas	,669
Total COOP/WONCA	,162

*Anexo 33 Tabla de valor p y significancia de Horas de practica agrupado por cuartiles y de las categorías de la Escala GENCAT*

	F	Sig.
Bienestar emocional	1,076	,344

relaciones interpersonales	1,043	,355
Bienestar material	1,095	,338
Desarrollo personal	1,553	,215
Bienestar físico	1,244	,292
Autodeterminación	1,037	,357
Inclusion social	,713	,492
Derechos	1,078	,343
<b>TOTALGENCAT</b>	<b>1,640</b>	<b>,199</b>

*Anexo 34 Tabla de valor p y significancia de Horas de practica agrupado por cuartiles y de las categorías de COOP/WONCA*

	F	Sig.
Máxima actividad	,191	,826
Dificultad para hacer actividades	,304	,739
Problemas emocionales	,274	,761
Actividades sociales limitadas	1,738	,180
Estado de salud	,357	,701
Dolor	4,037	,020
Salud en general	,946	,391
Alguien dispuesto a ayudarle	,098	,906

Como han ido las cosas	,548	,579
Total COOP/WONCA	,513	,600

Anexo 35 Tabla de valor p y significancia de beca cultural o deportiva y de las categorías de la Escala GENCAT

	t	Sig.
Bienestar emocional	-1,267	,207
relaciones interpersonales	-,575	,567
Bienestar material	1,719	,088
Desarrollo personal	-,247	,806
Bienestar físico	-,604	,547
Autodeterminación	-,356	,722
Inclusión social	,645	,520
Derechos	-,945	,347
TOTALGENCAT	-,358	,721

Anexo 36 Tabla de valor p y significancia de beca cultural o deportiva y de las categorías de la escala COOP/WONCA

	t	Valor p
Máxima actividad	1,812	,072

Dificultad para hacer actividades	-,266	,791
Problemas emocionales	,462	,645
Actividades sociales limitadas	,956	,341
Estado de salud	,198	,844
Dolor	1,104	,271
Salud en general	,951	,344
Alguien dispuesto a ayudarlo	1,416	,159
Como han ido las cosas	,835	,406
Total COOP/WONCA	1,190	,236

*Anexo 37 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS*

**Recursos necesarios:**

<b>Actividad</b>	<b>Recursos Humanos</b>	<b>Recursos Materiales</b>	<b>Equipos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costos</b>
------------------	-------------------------	----------------------------	----------------	-----------------	---------------

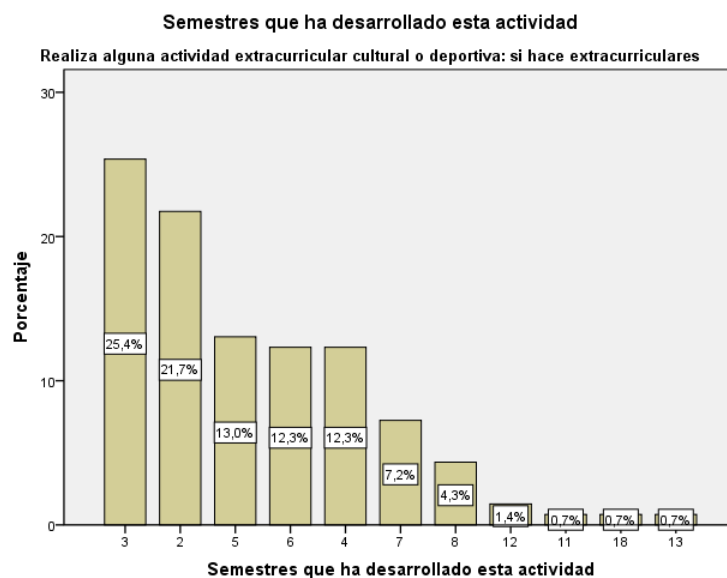
Elaboración del marco teórico	Investigador principal	Computador	1
Ejecución de los cuestionarios	Investigador	400 copias	12,00
Análisis de resultados	Investigador principal	Computador	1
Correcciones	Director de tesis		
Revisión Metodología	Director metodológico		
Derecho de tesis			1300
Imprenta		Empastados CD Impresiones	50,00
Total			1362 dólares

*Anexo 38 CRONOGRAMA DE TRABAJO*

Actividad	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Prueba Piloto	x					
Elaboración del marco teórico		x	x	x	x	

Implementar cuestionarios	X	X	X	X
Análisis de resultados				X
Discusión				X
Conclusiones y recomendaciones				X
Correcciones				X
Redacción final				X
Disertación				X
Elaboración de Artículo Científico				X

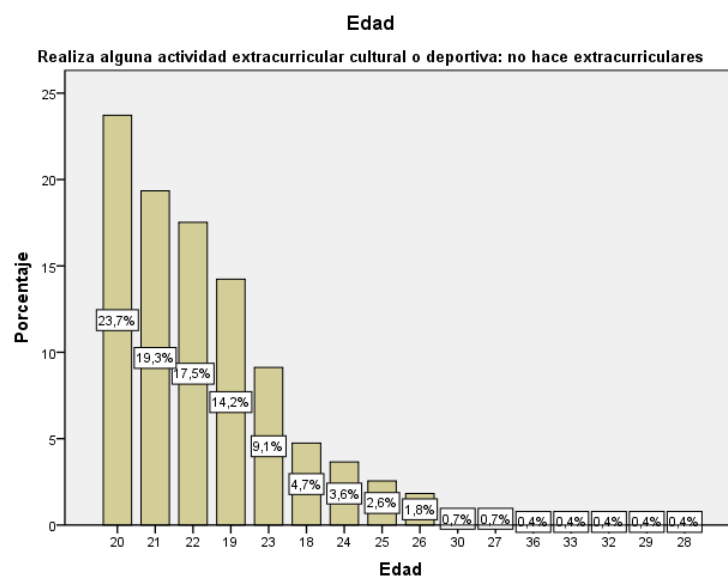
Anexo 39 Figura de Frecuencias de estudiantes por semestres que practica la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016



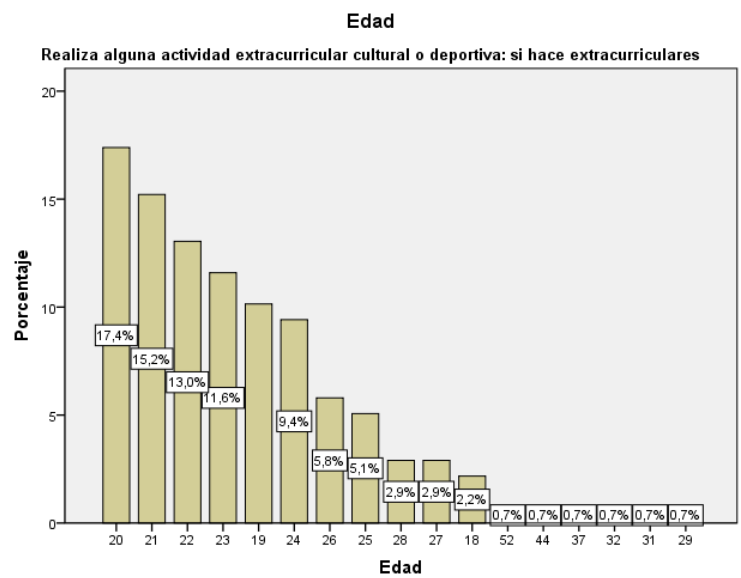
Anexo 40 Figura de frecuencias de estudiantes por horas de práctica semanal de la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016



Anexo 41 Figura de Frecuencias de estudiantes por edad del grupo control en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016



Anexo 42 Figura de Frecuencias de estudiantes por edad del grupo caso en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016



Anexo 43 Tabla de diferencia de medias entre las categorías de la Escala GENCAT y la variable Realiza alguna actividad extracurricular cultural o deportiva

Realiza alguna actividad extracurricular cultural o deportiva		Bienestar emocional	relaciones interpersonales	Bienestar material	Desarrollo personal	Bienestar físico	Autodeterminación	Inclusión social	Derechos	TOTALGENCAT
no hace actividades extracurriculares	Media	24,67	31,19	25,81	25,77	23,49	30,25	25,47	33,68	221,39
	Desv. típ.	3,982	4,310	3,692	3,380	3,273	4,285	3,504	4,512	23,218
	Mediana	25,00	32,00	26,00	26,00	23,00	31,00	26,00	34,00	224,00
	Puntuación estándar	10	12	6	12	5	13	12	8	78
	ICV Percentil									98
										45
	Media	27,20	32,72	26,34	26,56	25,11	31,50	26,58	34,39	230,85
	Desv. típ.	3,248	3,748	3,447	3,285	3,068	3,749	3,363	4,324	21,108

si hace extracurricular es	Mediana	28,00	33,00	27,00	27,00	25,00	32,00	27,00	36,00	235,00
	Puntuación estándar	12	13	7	13	13	13	12	9	92
	ICV									111
	Percentil									77
	Valor p	0,000	0,000	0,153	0,024	0,000	0,003	0,003	0,132	0,000

Anexo 44 Tabla de diferencia de medias entre las variables realiza alguna actividad extracurricular y las categorías del Cuestionario COOP/WONCA, y su significancia

Realiza alguna actividad extracurricular cultural o deportiva		Máxima actividad	Dificultad para hacer actividades	Problemas emocionales	Actividades sociales limitadas	Estado de salud	Dolor	Salud en general	Alguien dispuesto a ayudarle	Com o han ido las cosas	Total COOP/WONCA
no hace extracurriculares	Media	2,61	2,07	2,67	2,14	2,67	2,25	2,54	2,59	2,65	22,15
	Desv. típ.	1,095	1,021	1,125	1,132	1,032	1,089	1,002	1,115	,839	6,331
	Mediana	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	21,00
si hace extracurriculares	Media	1,73	1,79	2,25	1,67	2,01	2,07	2,03	2,25	2,14	17,91
	Desv. típ.	,892	,759	,936	,777	,974	,875	,769	,979	,737	4,436
	Mediana	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	17,00
	Valor p	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,083	0,000	0,002	0,00	0,000

Anexo 45 Tabla de porcentajes por pregunta de la Escala GENCAT – CALIDAD DE VIDA

Preguntas	Porcentaje (%) No hace extracurriculares				Porcentaje (%) si hace extracurriculares				Media		Similar valoración
	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca	No hace extracurriculares	Si hace extracurriculares	
1. Se muestra satisfecho con su vida presente.	39,5	38	17,8	4,3	63	28,3	5,8	2,2	3,13	3,53	
2. Presenta síntomas de depresión.	5,1	16,7	36,6	41,3	2,9	9,4	34,8	52,9	3,15	3,38	
3. Está alegre y de buen humor	24,3	48,9	22,5	4	41,3	45,7	10,9	2,2	2,94	3,26	
4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	6,2	10,9	51,8	30,8	1,4	11,6	37	50	3,08	3,36	

5. Presenta síntomas de ansiedad	9,1	21,4	44,9	24,6	2,9	18,8	37	40,6	2,85	3,16	
6. Se muestra satisfecho consigo mismo	37,3	40,9	15,9	5,4	46,4	41,3	10,1	2,2	3,11	3,32	
7. Tiene problemas de comportamiento.	3,3	12	29,3	54,3	3,6	8	27,5	60,1	3,36	3,45	
8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	25,4	45,7	23,6	4	62,3	29	7,2	0	2,94	3,56	
Relaciones interpersonales											
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.	39,1	37	18,5	5,4	59,4	34,1	6,5	0	3,10	3,53	
10. Mantiene con su familia la relación que desea.	41,7	29,3	22,1	6,9	51,4	32,6	13,8	2,2	3,06	3,33	
11. Se queja de la falta de amigos estables.	4,1	11,6	25,4	57,6	2,2	4,3	38,4	55,1	3,37	3,46	
12. Valora negativamente sus relaciones de amistad	4,3	9,1	22,8	62,7	5,1	6,5	19,6	68,8	3,45	3,52	
13. Manifiesta sentirse infravalorado por su familia	2,9	9,1	22,8	64,5	4,3	6,5	20,3	67,4	3,50	3,53	
14. Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja	11,6	18,1	31,9	37,7	10,9	19,6	34,8	34,8	2,96	2,93	

15. Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo	37,3	44,6	13,4	3,6	43,5	44,9	7,2	2,9	3,17	3,31	
16. Se siente querido por las personas que le importan	54,3	29,3	12,7	3,6	65,9	31,2	2,9	0	3,34	3,63	
17. La mayoría de las personas con las que interactúa son estudiantes	36,6	41,3	17,8	3,6	37	35,5	19,6	8	1,88	1,99	
18. Es feliz con su sexualidad	54	25,7	10,5	7,2	58,7	24,6	9,4	4,3	3,30	3,42	
Bienestar material											
19. El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...).	8,3	15,9	21,7	53,6	5,8	9,4	31,9	52,9	3,21	3,32	
20. Su universidad y/o lugar de prácticas, cumple con normas de seguridad.	31,5	38,4	24,6	5,1	37	44,2	15,2	3,6	2,97	3,14	
21. Dispone de los bienes materiales que necesita.	46,7	40,9	10,9	1,4	44,9	39,1	13	2,9	3,33	3,26	
22. Se muestra descontento con el lugar donde vive.	10,1	12	24,3	53,6	5,1	8,7	29	57,2	3,21	3,38	

23. El lugar donde vive está limpio.	64,5	21,4	10,1	3,6	65,2	25,4	7,2	2,2	3,47	3,54	
24. Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	62	26,4	7,6	2,9	50,7	35,5	10,9	1,4	3,49	3,38	
25. Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	14,5	23,6	44,2	17,4	8	27,5	44,9	19,6	2,65	2,76	
26. El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	62	25,7	8,7	3,6	62,3	24,6	10,9	1,5	3,46	3,49	
Desarrollo Personal											
27. Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	4,3	18,5	41,7	35,5	2,2	16,7	37	44,2	3,08	3,23	
28. Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	77,9	15,6	4,7	1,8	76,8	18,8	2,9	1,4	3,70	3,71	
29. El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades	52,9	33	12	2,2	61,6	30,4	6,5	0,7	3,37	3,54	
30. Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	7,6	17	46,4	28,6	8	15,9	39,9	36,2	2,96	3,04	

31. Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	49,3	38,4	10,1	1,8	51,4	37,7	9,4	1,4	3,36	3,39	
32. La universidad y/o su lugar de prácticas a la que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas	28,3	44,6	19,2	6,9	37	39,1	20,3	3,6	2,95	3,09	
33. Sus responsabilidades como estudiante las cumple de manera individual	43,8	43,8	10,5	1,4	52,9	37,7	7,2	2,2	3,31	3,41	
34. Se muestra desmotivado en la universidad y/o lugar de practicas	8	18,1	41,3	32,2	6,5	11,6	41,3	40,6	2,98	3,16	
Bienestar físico											
35. Tiene problemas de sueño.	10,9	20,3	37,7	30,8	8,7	19,6	37	34,8	2,89	2,98	
36. Dispone de ayudas técnicas si las necesita para mejorar su aprendizaje	13,4	31,2	31,9	22,8	22,5	36,2	23,2	18,1	2,35	2,63	
37. Sus hábitos de alimentación son saludables.	17,8	39,5	34,8	7,6	24,6	52,2	19,6	3,6	2,68	2,98	
38. Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	47,1	37,3	13	1,4	58,7	36,2	4,3	0	3,32	3,55	

39. Tiene un buen aseo personal.	78,3	13	4,3	2,5	77,5	18,8	2,2	0	3,70	3,76	
40. Cuando acude al centro de salud de su universidad siente que se da seguimiento a su tratamiento propuesto	12,3	27,9	23,2	34,1	19,6	27,5	26,1	26,8	2,19	2,40	
41. Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	7,6	21,7	42,4	27,5	1,4	15,2	47,8	33,3	2,91	3,16	
42. Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	4,3	9,4	21	64,5	2,9	8,7	23,9	64,5	3,47	3,50	
Autodeterminación											
43. Tiene metas, objetivos e intereses personales.	77,5	15,2	5,4	1,4	76,8	17,4	5,1	0,7	3,69	3,70	
44. Elige cómo pasar su tiempo libre.	58,7	28,6	10,1	2,2	72,5	23,2	3,6	0,7	3,44	3,67	
45. La universidad y/o su lugar de practica toma en cuenta sus gustos	18,5	29,7	33,3	17,8	28,3	37	30,4	4,3	2,49	2,89	
46. Defiende sus ideas y opiniones.	53,3	31,5	12	2,2	59,4	29	10,9	0,7	3,37	3,47	

47. Otras personas deciden sobre su vida personal.	4	10,1	19,6	65,6	5,1	4,3	18,8	71,7	3,48	3,57	
48. Otras personas deciden cómo gastar su dinero	2,5	8,7	16,7	71,7	2,9	10,1	13	73,2	3,58	3,58	
49. Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	4,3	4,7	6,9	83	3,6	5,1	7,2	84,1	3,70	3,72	
50. Organiza su propia vida.	58	27,9	10,9	2,9	68,8	25,4	4,3	1,4	3,41	3,62	
51. Elige con quién vivir.	53,3	13,4	13	18,8	60,1	14,5	11,6	12,3	3,03	3,24	
Inclusión social											
52. Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas, estadios...).	33	33,3	27,5	5,8	46,4	33,3	18,1	1,4	2,94	3,26	
53. Su familia le apoya cuando lo necesita.	64,9	20,7	11,2	2,5	68,8	23,9	6,5	0	3,49	3,63	
54. Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	8	6,9	25	58,3	5,8	10,1	22,5	60,1	3,36	3,39	
55. Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su	6,2	13,8	23,6	55,8	7,2	11,6	34,1	45,7	3,30	3,20	

comunidad. (económicos, transporte, servicios básicos, etc)												
56. Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	43,1	35,1	18,5	2,5	47,8	39,9	10,1	1,4	3,20	3,35		
57. La universidad y/o su lugar de practica fomenta su participación en diversas actividades de la comunidad	15,9	30,4	37,3	14,5	29	37,7	27,5	3,6	2,49	2,94		
58. Sus amigos se limitan a los que asisten al misma universidad y/o lugar de practica	10,1	16,3	34,1	38,8	6,5	17,4	35,5	39,9	3,02	3,09		
59. Es rechazado o discriminado por los demás.	1,4	6,5	16,3	75	1,4	5,8	10,9	79,7	3,66	3,73		
Derechos												
60. Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	6,9	10,1	22,5	59,8	2,9	13,8	26,8	55,8	3,36	3,36		
61. En su entorno es tratado con respeto.	63,8	24,3	8,7	2,5	67,4	23,2	8	0	3,50	3,60		
62. Dispone de información sobre sus derechos	45,3	31,5	14,5	8	52,9	29,7	15,2	1,4	3,15	3,35		

fundamentales como ciudadano.											
63. Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	6,9	18,1	27,5	46,4	7,2	12,3	41,3	37,7	3,15	3,11	
64. En la universidad y/o lugar de práctica se respeta su intimidad	54,3	28,6	10,5	5,1	66,7	21,7	7,2	1,4	3,34	3,58	
65. En la universidad y/o lugar de práctica se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad	56,9	27,9	10,5	3,3	63	28,3	6,5	1,4	3,40	3,54	
66. Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	6,2	7,2	10,1	76,1	8	6,5	8	76,8	3,57	3,55	
67. En la universidad y/o lugar de práctica se respetan y defienden sus derechos como estudiante	36,2	34,8	22,5	5,8	47,1	35,5	13	3,6	3,02	3,27	
68. La universidad y/o lugar de practica respeta la privacidad de su información	51,4	30,1	13,0	4,3	45,7	35,5	13,8	4,3	3,30	3,23	
69. Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	0,7	4	5,4	89,5	2,9	3,6	5,8	86,2	3,84	3,78	

Valoración Positiva

Valoración negativa

Similar valoración

Anexo 46 Tabla de porcentajes por pregunta del Cuestionario COOP/WONCA – CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Pregunta 1	Porcentaje (%) No hace extracurriculares					Porcentaje (%) si hace extracurriculares					Media		Similar valoración
	Muy intensa	Intensa	Moderada	Ligera	Muy ligera	Muy intensa	Intensa	Moderada	Ligera	Muy ligera	No hace extracurriculares	Si hace extracurriculares	
Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar, durante al menos 2 minutos?	22,5	14,5	44,9	12,7	4	50,7	29,7	16,7	1,4	1,4	2,61	1,73	
	Ninguna dificultad	Un poco de	Dificultad	Mucha dificultad	Toda	Ninguna dificultad	Un poco de	Dificultad	Mucha dificultad	Toda	No hace extracurri	Si hace extracurri	Similar

Pregunta 2														
Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de su casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?	35,1	31,9	22,5	7,2	1,8	39,9	42,8	15,9	1,4	0	2,07	1,79		
Pregunta 3	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Intensamente	No hace extracurriculares	Si hace extracurriculares	Similar valoración	
Durante las 2 últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza, y de ánimo?	12,3	40,6	19,9	19,6	6,5	18,8	50,7	18,1	10,9	1,4	2,67	2,25		
Pregunta 4	No, nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo	No, nada en absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Bastante	Muchísimo	No hace extracurriculares	Si hace extracurriculares	Similar valoración	

Durante las 2 últimas semanas, ¿su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	35,1	32,2	16,7	10,9	3,6	49,3	37	12,3	0,7	0,7	2,14	1,67	
Pregunta 5	Mucho mejor	Un poco mejor	Igual	Un poco peor	Mucho peor	Mucho mejor	Un poco mejor	Igual	Un poco peor	Mucho peor	No hace extracurriculares	Si hace extracurriculares	Similar valoración
¿Cómo calificaría su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?	17	19,2	44,2	14,5	3,3	40,6	21	31,9	5,1	0	2,67	2,01	
	Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso	Nada de dolor	Dolor muy leve	Dolor ligero	Dolor moderado	Dolor intenso	No hace extracurriculare	Si hace extracurriculare	Similar

Pregunta 6														
Durante las 2 últimas semanas, ¿Cuánto dolor has tenido?	27,5	36,6	19,9	10,5	3,6	23,9	52,2	15,2	5,8	1,4	2,25	2,07		
Pregunta 7	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Mala	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Mala	No hace extracurriculares	Si hace extracurriculares	Similar valoración	
Durante las 2 últimas semanas, ¿Cómo calificaría su salud, en general?	13,4	37	33,7	9,4	4,7	24,6	49,3	21,7	2,9	0	2,54	2,03		
Pregunta 8	Todo el mundo	Bastante gente	Algunas personas	Había alguien	Nadie	Todo el mundo	Bastante gente	Algunas personas	Había alguien	Nadie	No hace extracurriculares	Si hace extracurriculares	Similar valoración	
Durante las 2 últimas semanas, ¿Había alguien dispuesto a ayudarle si lo necesitaba y quería ayuda? (Ej.: necesitaba hablar con alguien, necesitaba ayuda en las tareas de la casa, caía enfermo, etc.)	18,5	26,4	33,7	12,3	5,8	23,2	40,6	23,2	10,1	1,4	2,59	2,25		
	E	B	A	B	N	E	B	A	B	N	N	S	S	

Pregunta 9														
¿Qué tal han ido las cosas durante las últimas 2 semanas?	5,4	37	43,1	7,6	3,3	16,7	53,6	23,2	3,6	0	2,65	2,14		

*Anexo 47 Registro fotográfico*

Integrantes de la disciplina de Baloncesto de la PUCE llenando encuestas



Integrantes de la disciplina de Voleibol de la PUCE llenando encuestas



Instructivo de beneficios de la PUCECARD



Integrantes del grupo de capoeira de la PUCE durante la clase



Integrantes del grupo de teatro clásico durante la clase



## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Resumen de pronunciamientos sobre Promoción de Salud desde 1986 a 2013</i> .....	7
<i>Tabla 2 Dominios de calidad de vida de acuerdo a OCDE</i> .....	10
<i>Tabla 3 Conceptualización de la OMS sobre la Calidad de Vida</i> .....	18
<i>Tabla 4 Determinantes de la salud según Marck Lalonde, 1974</i> .....	28
<i>Tabla 5 Operacionalización de variables</i> .....	57
<b><i>Tabla 6 Tabla de diferencia de medias entre semestres de práctica agrupados por cuartiles y puntaje total Gencat y COOP/WONCA</i></b> .....	83
<i>Tabla 7 Tabla de diferencia de medias entre Horas de practica agrupado por cuartiles y puntaje total Gencat y COOP/WONCA</i> .....	84
<i>Tabla 8 Diferencia de medias entre variables baca cultural y deportiva y el total del puntaje COOP/WONCA y GENCAT</i> .....	84

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Puntuación directa total de la dimensión Bienestar Emocional .....	14
Figura 2 Cálculo de puntuación estándar y percentiles de la Escala GENCAT .....	15
Figura 3 Cálculo del índice de calidad de vida en la escala GENCAT .....	16
Figura 4 Perfil de Calidad de vida de la Escala GENCAT.....	17
Figura 5 Principales determinantes de la salud según Dahlgren y Whitehead, 1993.....	29
Figura 6 Resultados de la aplicación STATCALC .....	63
Figura 7 Boxplot de la edad de estudiantes del grupo caso y control en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	66

Figura 8 Frecuencia de encuestados del grupo caso y control por género de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	67
Figura 9 Frecuencia de encuestados del grupo caso y control por facultades de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	68
Figura 10 Frecuencia de encuestados del grupo caso y control por nivel cursado de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	69
Figura 11 Frecuencia de estudiantes por tipo de actividad extracurricular que realizan en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	70
Figura 12 Frecuencia de estudiantes por actividad extracurricular que realizan en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	71
Figura 13 Boxplot de frecuencia de estudiantes por horas de práctica a la semana de la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	71
Figura 14 Boxplot de frecuencia de estudiantes por semestres que practica la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	72
Figura 15 Frecuencia de estudiantes por beca cultural y deportiva en la PUCE en el periodo de febrero a julio 2016.....	72
Figura 16 Perfil comparativo de Calidad de vida de la escala GENCAT de estudiantes que acuden a extracurriculares y que no lo hacen en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	73
Figura 17 Dispersión por pregunta de la Escala GENCAT del grupo caso y grupo control en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	74
Figura 18 Diferencia de medias entre las variables realiza alguna actividad extracurricular y el puntaje total del Cuestionario COOP/WONCA.....	75
Figura 19 Diferencia de medias entre las variables realiza alguna actividad extracurricular y las categorías del Cuestionario COOP/WONCA.....	75

Figura 20 Diferencia de medias entre género y puntaje total de la Escala GENCAT .....	76
Figura 21 Diferencia de medias entre género y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA ....	77
Figura 22 Diferencia de medias entre grupos de edad por cuartiles y puntaje total de la Escala GENCAT .....	78
Figura 23 Diferencia de medias entre grupos de edad por cuartiles y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA .....	78
Figura 24 Diferencia de medias entre nivel cursado agrupado por cuartiles y puntaje total de la Escala GENCAT .....	79
Figura 25 Diferencia de medias entre nivel cursado agrupado por cuartiles y puntaje total del Cuestionario COOP/WONCA.....	80
Figura 26 Diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y el puntaje total de la Escala GENCAT .....	81
Figura 27 Figura de diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y las categorías de la Escala GENCAT .....	81
Figura 28 Diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y el puntaje total del cuestionario COOP/WONCA .....	82
Figura 29 Diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y las categorías del cuestionario COOP/WONCA .....	82

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 BAREMO PARA MUESTRA GENERAL .....	116
ANEXO 2 Tabla para obtener el Índice de Calidad de Vida y el percentil del Índice de Calidad de Vida. (Verdugo Alonso, 2009) .....	117

Anexo 3 Cuestionario COOP/WONCA, 1998 .....	118
Anexo 4 Escala GENCAT de calidad de vida adaptada a la población universitaria de la PUCE .	123
Anexo 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN .....	130
Anexo 6 Frecuencia de encuestados en el grupo control por facultades de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	133
Anexo 7 Frecuencia de encuestados en el grupo control por género de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	134
Anexo 8 Frecuencia de encuestados en el grupo control por nivel en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	134
Anexo 9 Frecuencia de encuestados en el grupo control por edad en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	136
Anexo 10 Valores Estadísticos descriptivos de la variable edad del grupo control.....	138
Anexo 11 Frecuencia de encuestados en el grupo caso por facultades de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	138
Anexo 12 Frecuencia de encuestados en el grupo caso por género de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	139
Anexo 13 Frecuencia de encuestados en el grupo caso por nivel de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	140
Anexo 14 Valores Estadísticos descriptivos de la variable edad del grupo control.....	141
Anexo 15 Frecuencia de encuestados en el grupo caso por edad de la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	141
Anexo 16 Frecuencia de estudiantes por tipo de actividad extracurricular que realizan en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	142

Anexo 17 Frecuencia de estudiantes por actividad extracurricular que realizan en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	143
Anexo 18 Valores Estadísticos descriptivos de la variable horas de práctica a la semana y semestres que ha practicado la actividad extracurricular .....	144
Anexo 19 Frecuencia de estudiantes por horas de práctica a la semana de la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	145
Anexo 20 Frecuencia de estudiantes por beca cultural o deportiva en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	146
Anexo 21 Frecuencia de estudiantes por semestres que practica la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	147
Anexo 22 Tabla de prueba t y valor p de la Escala GENCAT comparada con los estudiantes que acuden y no a extracurriculares. ....	147
Anexo 23 Tabla de prueba t y valor p del Cuestionario COOP/WONCA comparada con los estudiantes que acuden y no a extracurriculares.....	148
Anexo 24 Tabla de diferencia de medias entre género y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA, y GENCAT .....	149
Anexo 25 Tabla de diferencia de medias entre grupos de edad por cuartiles y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA, y GENCAT .....	151
Anexo 26 Tabla de diferencia de medias entre nivel cursado agrupado por cuartiles y puntaje total del cuestionario COOP/WONCA, y GENCAT.....	152
Anexo 27 Tabla de diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y las categorías de la Escala GENCAT.....	156
Anexo 28 Tabla de diferencia de medias entre las variables tipo de actividad extracurricular y las categorías del cuestionario COOP/WONCA.....	157

Anexo 29 Tabla de prueba t y significancia para las categorías de la Escala GENCAT estratificadas por el tipo de actividad extracurricular .....	158
Anexo 30 Tabla de prueba t y significancia para las categorías COOP/WONCA estratificadas por el tipo de actividad extracurricular .....	158
Anexo 31 Tabla de valor p y significancia de semestres que ha desarrollado la actividad extracurricular agrupado por cuartiles y de las categorías de la Escala GENCAT.....	159
Anexo 32 Tabla de valor p y significancia de semestres que ha desarrollado la actividad extracurricular agrupado por cuartiles y de las categorías de COOP/WONCA .....	160
Anexo 33 Tabla de valor p y significancia de Horas de practica agrupado por cuartiles y de las categorías de la Escala GENCAT .....	160
Anexo 34 Tabla de valor p y significancia de Horas de practica agrupado por cuartiles y de las categorías de COOP/WONCA .....	161
Anexo 35 Tabla de valor p y significancia de beca cultural o deportiva y de las categorías de la Escala GENCAT .....	162
Anexo 36 Tabla de valor p y significancia de beca cultural o deportiva y de las categorías de la escala COOP/WONCA .....	162
Anexo 37 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	163
Anexo 38 CRONOGRAMA DE TRABAJO .....	164
Anexo 39 Figura de Frecuencias de estudiantes por semestres que practica la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	165
Anexo 40 Figura de frecuencias de estudiantes por horas de práctica semanal de la actividad extracurricular en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016 .....	166
Anexo 41 Figura de Frecuencias de estudiantes por edad del grupo control en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	166

Anexo 42 Figura de Frecuencias de estudiantes por edad del grupo caso en la PUCE en el periodo de febrero a julio del 2016.....	167
Anexo 43 Tabla de diferencia de medias entre las categorías de la Escala GENCAT y la variable Realiza alguna actividad extracurricular cultural o deportiva .....	168
Anexo 44 Tabla de diferencia de medias entre las variables realiza alguna actividad extracurricular y las categorías del Cuestionario COOP/WONCA, y su significancia .....	170
Anexo 45 Tabla de porcentajes por pregunta de la Escala GENCAT – CALIDAD DE VIDA.....	171
Anexo 46 Tabla de porcentajes por pregunta del Cuestionario COOP/WONCA – CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....	180
Anexo 47 Registro fotográfico .....	185