

ORIGINAL

Quality of Life Related to the Health of the Population of Los Piletones, of the Autonomous City of Buenos Aires during the year 2024

Calidad de Vida Relacionada con la Salud de la Población de los Piletones, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2024

Erica Maria Magalhaes de Paiva¹ ✉, Facundo Juan Manuel Correa¹ ✉

¹Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Buenos Aires, Argentina.

Citar como: Magalhaes de Paiva EM, Manuel Correa FJ. Quality of Life Related to the Health of the Population of Los Piletones, of the Autonomous City of Buenos Aires during the year 2024. Health Leadership and Quality of Life. 2025; 4:663. <https://doi.org/10.56294/hl2025663>

Recibido: 13-06-2024

Revisado: 09-10-2024

Aceptado: 19-04-2025

Publicado: 20-04-2025

Editor: PhD. Prof. Neela Satheesh 

Autor para la correspondencia: Erica Maria Magalhaes de Paiva ✉

ABSTRACT

Introduction: health-related quality of life is increasingly relevant as a way to study population health. This concept refers to the individual's subjective perception of his or her current health situation.

Method: cross-sectional study, in which 45 individuals residing in the Villa Piletones neighborhood of the Autonomous City of Buenos Aires were included during September 2024. Health-related quality of life was measured by means of the EQ5D-3L instrument, the visual analog scale and a question from the SF-36 health questionnaire.

Results: mean age 44,89 ±14,77. Regarding the EQ-5D-3L, the best possible health status was the most prevalent (28,89 %), followed by moderate compromise in the pain/discomfort and anxiety/depression dimensions (22,22 %), and by moderate compromise in the anxiety/depression dimension (15,56 %). The value obtained on the visual analog scale was 71,78 ±19,60. Regarding the self-report of health status through the SF36, the most prevalent status was fair or poor, with 48,89 %.

Conclusion: disturbances such as anguish and depression and pain perception were the most reported, situations such as poverty, low educational level and age are determinants of health-related quality of life.

Keywords: Life Quality; Health Related Quality of Life; HRQOL; Self- Perception; Poverty.

RESUMEN

Introducción: la calidad de vida relacionada con la salud es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población. Este concepto se refiere a la percepción subjetiva del individuo acerca de su situación actual de salud.

Método: estudio de corte transversal, en el cual se incluyeron 45 individuos residentes del Barrio Villa Piletones, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante septiembre 2024. Se midió la calidad de vida relacionada con la salud a través del instrumento EQ5D-3L, la escala visual análoga y una pregunta del cuestionario de salud SF-36.

Resultados: edad promedio 44,89 ±14,77. En cuanto al EQ-5D-3L, el mejor estado de salud posible fue el más prevalente (28,89 %), seguido por compromiso moderado en las dimensiones dolor/malestar y ansiedad/depresión (22,22 %), y por compromiso moderado en la dimensión ansiedad/depresión (15,56 %). El valor obtenido en la escala visual análoga fue de 71,78 ±19,60. Respecto al autorreporte del estado de salud a través del SF36, el estado más prevalente fue regular o malo, con 48,89 %.

Conclusión: las alteraciones como angustia y depresión y la percepción del dolor, fueron las más reportadas, situaciones como la pobreza, bajo nivel educacional y la edad son determinantes de la calidad de vida relacionado con la salud.

Palabras clave: Calidad De Vida; Calidad de Vida Relacionada con la Salud; CVRS; Autopercepción; Pobreza.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CV) es un concepto multidimensional que abarca el estado de salud física y mental, el estilo de vida, las condiciones habitacionales, el grado de satisfacción laboral y educacional y la condición económica de las personas. Es, en definitiva, uno de los indicadores de bienestar de la población.⁽¹⁾

La idea de calidad de vida surgió en Estados Unidos luego de la Segunda Guerra Mundial, como tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. Su uso extendido es a partir de los años sesenta, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes, dado que sólo eran capaces de explicar un 15 % de la varianza en la CV individual.

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban un 50 % de la varianza.⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como: “la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”.⁽³⁾

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

El término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, tanto en aspectos objetivos como subjetivos.⁽⁴⁾

La CVRS se refiere a la percepción subjetiva del individuo acerca de su situación actual de salud y los cuidados sanitarios necesarios para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento, que le permitan realizar sus actividades de la vida diaria que son importantes para él y que afectan su estado general de bienestar. La CVRS es un constructo cuyas dimensiones más relevantes para su medición son el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad, el cuidado personal y el bienestar emocional.

Algunos estudios han reportado diferencias en la percepción que los individuos tienen de su estado de salud relacionadas con el sexo, la cultura, el medio en que se desarrollan, el estado socioeconómico, el nivel de educación, entre otros, independientemente de su condición de salud o enfermedad. Por otra parte, se ha descrito que factores como la presencia de síntomas, el apoyo médico y de la familia, y el acceso a los servicios de salud, están frecuentemente asociados con la valoración que los individuos con una misma patología hacen de su estado de salud.⁽⁵⁾ Es así, que los profesionales de la salud y los responsables de la planificación y toma de decisiones, han reconocido la importancia de medir la CVRS para la toma de decisiones con respecto a los pacientes, así como para el diseño de políticas de salud.

Los Piletones - Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

El barrio Los Piletones pertenece a CABA, comuna 8: Villa Soldati. Su superficie es de 8,34 hectáreas, las calles son asfaltadas pero estrechas y las manzanas son irregulares. Tiene buena accesibilidad en transporte público ya que circulan muchas líneas de colectivos, el premetro y el ferrocarril Roca a pocas cuadras del barrio.

En cuanto a la salud, cuenta con el CeSAC Nro. 24 que se localiza a una cuadra del barrio, cruzando el puente peatonal, una salita localizada en el interior del barrio, la cual depende de la Fundación Margarita Barrientos, una de las referentes del barrio. Además, en caso de necesidad, la población cuenta con el Hospital General de Agudos Parmeño Piñero, el Hospital General de Agudos José M. Penna y la Escuela Superior de Enfermería Cecilia Grierson, que distan a una corta distancia del barrio.⁽⁶⁾

MÉTODO

Estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal, en el cual se incluyeron individuos residentes del Barrio Los Piletones, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el mes de septiembre de 2024.

La población blanco del estudio estuvo compuesta por todos los hombres y mujeres de 18 años y más, la selección de la muestra fue probabilística y realizada por muestreo aleatorio sistemático con una frecuencia 1:1.

Se efectuó una encuesta durante el mes de septiembre de 2024 por una estudiante de medicina del último año de la carrera. Se ejecutó una prueba piloto con los primeros 5 participantes, cuyo objetivo fue evaluar la comprensión de cada pregunta, bien como la necesidad de corrección/modificación del cuestionario de

recolección de datos.

Se realizó una entrevista individual con cada participante, en la cual se incluyeron mediciones sobre las características sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, situación de convivencia, nivel de educación, empleo), datos antropométricos como por ejemplo talla y peso, ambos autorreferidos, IMC y antecedentes clínicos relevantes.

Cada entrevista fue ejecutada en aproximadamente 05 minutos, y sin necesidad de adaptaciones posteriores a la prueba piloto.

El estado de salud actual de la persona encuestada y la valoración que hace él mismo, se midió a través la versión en español del instrumento EQ5D-3L y la escala visual análoga, (EVA). Los participantes definieron su estado de salud actual de acuerdo con las cinco dimensiones y posteriormente asignaron un valor global a su estado actual en la EVA, graduada de 0 a 100 (0 es el peor estado de salud posible y 100 el mejor) además, se incorporó una pregunta del cuestionario de salud SF-36 (autovaloración del estado de salud de individuo).

Algunas variables utilizadas en este estudio fueron: calidad de vida relacionado con la salud, y autoevaluación del estado de salud. El detalle de la operacionalización completa de todas las variables forma parte del material adicional: figura 1.

Estadística descriptiva

Para las variables cuantitativas se calculó la media y desvío estándar o mediana e intervalos intercuartiles de acuerdo con la distribución que se observó. Para las variables categóricas se reportó frecuencia relativa en porcentaje y frecuencia absoluta. Los valores informados se presentaron con intervalos de confianza del 95 %.

Estadística analítica

Se evaluó asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud con las variables sociodemográficas y la autopercepción de salud.

Para todos los casos se consideró estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Para todo el análisis se utilizó el programa estadístico Stata versión 13.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres de 18 años o más.
- Que sean residentes de Los Piletos.
- Que hayan manifestado libremente su voluntad de participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Personas con deterioro cognitivo, cualquier tipo de demencia o enfermedad psiquiátrica que afecte su juicio y/o comportamiento.
- Personas que viven en situación de calle.
- Personas que han sufrido algún duelo en los últimos 6 meses.

RESULTADOS

De los 45 voluntarios encuestados 60,00 % (27) eran mujeres y el promedio de edad general en años fue $44,89 \pm 14,77$ (rango 19,08-76,85). El detalle completo de las características socio-demográficas de la población en estudio se presenta en la figura 1.

Como datos más relevantes se observó que la mayor parte de la población encuestada vivía en familia 48,89 % (IC95 % 34,25-63,72), presentó un nivel de instrucción formal de primario completo y/o secundario incompleto 64,44 % (IC95 % 49,00-77,37) y era trabajador activo 57,78 % (IC95 % 42,52-71,68). En este último aspecto, es importante resaltar que el 35,56 % (IC95 % 22,63-51,00) manifestó estar desempleado.

A su vez, y como dato de gran relevancia, el 82,22 % (IC95 % 67,63-91,10) presentaba exceso de peso, entendido como sobrepeso u obesidad, valores estos que exceden por mucho los de la población general.

En cuanto al autorreporte de enfermedades crónicas, se encontró una mayor prevalencia de hipertensión arterial 24,44 %;⁽¹¹⁾ diabetes, hipotiroidismo y artrosis, todos 8,89 % (4); glaucoma, hernia (incluye umbilical, inguinal, disco) y asma, todos 6,67 %.⁽³⁾ El 17,78 %,⁽⁸⁾ reportaron dos o más enfermedades.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

EQ-5D-3L

De la totalidad de estados de salud posibles según los dígitos compuestos de las cinco dimensiones (figura 2), el 91,11 % está explicado por sólo cinco de los estados reportados. El mejor estado de salud posible (11111) fue el más prevalente 13 (28,89 %), seguido por compromiso moderado en las dimensiones dolor/malestar y ansiedad/depresión (11122) 10 (22,22 %), y por compromiso moderado en la dimensión ansiedad/depresión (11112) 7 (15,56 %). Estos tres estados representaron el 66,67 % de los estados reportados por los participantes. De los siguientes estados en frecuencia, destaca el 11113 que representa estar muy ansioso o deprimido y

que fue informado por el 11,11 %.⁽⁵⁾ El peor estado de salud (33333) no fue reportado en nuestro estudio. La dimensión autocuidado fue la menos afectada de todas las dimensiones estudiadas y la dimensión ansiedad/depresión fue la más afectada 55,55 % (tomando tanto problemas moderados como graves) (figura 3). A su vez, si se tiene en cuenta el porcentaje de la población que reportó alguna limitación en algún dominio del EQ-5D, observamos que el 71,11 % del total manifestó tener alguna limitación en uno o más de los cinco dominios.

EVA (Escala Visual Análoga)

La media ponderada de la EVA fue de 71,78 ±19,60 (rango 40,0-100,0). Tuvo un comportamiento simétrico (mediana 70,0; rango intercuartilo 50 a 85).

En la figura 4 se presenta la media y desvío estándar de la EVA estratificada por sexo, edad, nivel de instrucción formal e IMC, en la cual se aprecia gran variabilidad. No se evidencian diferencias significativas entre sexos. El rango etario 18-24 años presenta la EVA más alta y el rango 65 y más años la EVA más baja. En cuanto al nivel de instrucción formal, aquellos con menor nivel evidenciaron la EVA más baja. Estratificando por IMC, las personas con obesidad son quienes presentaron una menor EVA.

SF36 (Cuestionario de salud)

Respecto al autorreporte de estado de salud a través del SF36, el 06,67 % (IC95 % 02,07-19,45) de la población reportó una salud excelente, el 11,11 % (IC95 % 04,54-24,74) un estado muy bueno y 33,33 % (IC95 % 20,79-48,78) un estado bueno, mientras que un 48,89 % (IC95 % 34,25-63,72) de la población reportó un estado regular o malo.

De la población que reportó un estado regular o malo, las mujeres informaron una prevalencia mayor en comparación con los hombres (59,26 % vs 33,33 % respectivamente). También se observaron variaciones por edad, siendo el rango etario más afectado 50-64 años; por nivel de educación formal, más afectados aquellos con primario incompleto o menos; y por IMC, siendo más afectados aquellos con obesidad (figura 5).

	N	%	IC95%	
Sexo				
Mujer	27,00	60,00%	44,65%	- 73,61%
Hombre	18,00	40,00%	26,39%	- 55,35%
Edad en años ¹	44,89	(±14,77)		
18 - 24	3,00	6,67%	2,07%	- 19,45%
25 - 34	10,00	22,22%	12,09%	- 37,24%
35 - 49	15,00	33,33%	20,79%	- 48,78%
50 - 64	13,00	28,89%	17,21%	- 44,26%
65 y más	4,00	8,89%	3,25%	- 22,10%
IMC ¹	28,55	(±5,38)		
Infrapeso	-	-	-	-
Peso normal	8,00	17,78%	8,90%	- 32,37%
Sobrepeso	22,00	48,89%	34,25%	- 63,72%
Obesidad	15,00	33,33%	20,79%	- 48,78%
Exceso de peso (Sp+Ob)	37,00	82,22%	67,63%	- 91,10%
Situación de convivencia				
Solo	12,00	26,67%	15,46%	- 41,95%
Pareja	11,00	24,44%	13,76%	- 39,62%
Familia	22,00	48,89%	34,25%	- 63,72%
Otros	-	-	-	-
Nivel de instrucción formal				
Educación especial	-	-	-	-
Primario incompleto	9,00	20,00%	10,47%	- 34,83%
Primario completo/Secundario incompleto	29,00	64,44%	49,00%	- 77,37%
Secundario completo y/o superior	7,00	15,56%	7,38%	- 29,87%
Situación laboral				
Estudiante	-	-	-	-
Desempleado	16,00	35,56%	22,63%	- 51,00%
Trabajador activo	26,00	57,78%	42,52%	- 71,68%
Jubilado/Pensionado	3,00	6,67%	2,07%	- 19,45%
Otro	-	-	-	-

¹ Media y desvío estándar | Fuente: elaboración propia

Figura 1. Características socio-demográficas de la muestra. (n=45)

Estado de salud	Frecuencia absoluta	Frecuencia (%)	Frecuencia Acumulada (%)
11111	13	28,89	28,89
11112	7	15,56	44,44
11113	5	11,11	55,56
11121	6	13,33	68,89
11122	10	22,22	91,11
11222	1	2,22	93,33
21121	1	2,22	95,56
21122	1	2,22	97,78
22222	1	2,22	100,00
Total	45	100,00	

Figura 2. Prevalencia de estados de salud más frecuentes y frecuencia del peor estado de salud posible reportado

	Movilidad n (%)	Cuidado personal n (%)	Actividades cotidianas n (%)	Dolor / malestar n (%)	Ansiedad / depresión n (%)
Nivel 1: sin problemas	42 (93,30)	44 (97,78)	43 (95,56)	25 (55,56)	20 (44,44)
Nivel 2: problemas moderados	3 (6,67)	1 (2,22)	2 (4,44)	20 (44,44)	20 (44,44)
Nivel 3: problemas más graves	-	-	-	-	5 (11,11)

Figura 3. Perfiles de salud por dimensión y nivel de EQ-5D-3L

	N	Media	DS
Sexo			
Hombre	18,00	71,39	(±16,79)
Mujer	27,00	72,08	(±21,58)
Edad			
18 - 24	3,00	95,00	(±8,66)
25 - 34	10,00	78,50	(±17,96)
35 - 49	15,00	64,67	(±17,67)
50 - 64	13,00	73,08	(±31,36)
65 y más	4,00	60,00	(±14,14)
Instrucción formal			
Educación especial	-	-	-
Primario incompleto	9	66,67	(±21,21)
Primario completo/Secundario incompleto	29	72,93	(±20,24)
Secundario completo y/o superior	7	73,57	(±16,00)
IMC¹			
Infrapeso	-	-	-
Peso normal	8,00	76,88	(±19,07)
Sobrepeso	22,00	73,64	(±20,36)
Obesidad	15,00	66,33	(±18,75)
Exceso de peso (Sp+Ob)	37,00	70,68	(±19,80)

Figura 4. EVA por sexo, edad, instrucción formal, IMC. (n=45)

	% (IC 95%)
Total	48,89 (34,25-63,72)
Sexo	
Hombre	33,33 (15,06-58,51)
Mujer	59,26 (39,42-76,48)
Edad	
18 - 24	33,33 (02,37-91-13)
25 - 34	30,00 (09,00-65,00)
35 - 49	53,33 (27,97-77,09)
50 - 64	61,54 (32,61-84,10)
65 y más	50,00 (08,89-91,11)
Instrucción formal	
Educación especial	-
Primario incompleto	77,78 (38,67-95,10)
Primario completo/Secundario incompleto	44,83 (27,42-63,60)
Secundario completo y/o superior	28,57 (06,08-71,20)
IMC ¹	
Infrapeso	-
Peso normal	25,00 (05,43-65,94)
Sobrepeso	50,00 (29,33-70,67)
Obesidad	60,00 (33,31-81,83)
Exceso de peso (Sp+Ob)	54,05 (37,48-69,77)

Figura 5. Salud general regular o mala por sexo, edad, instrucción formal, IMC. (n=45)

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados de este estudio, la mayoría de la población de Villa Piletones refirió que su salud general era regular o mala (48,89 %) de acuerdo al SF-36, valores similares a lo reportado en la ENFR 2018, donde el 20,9 % de la población refirió que su salud general era mala o regular.⁽⁷⁾

En la EVA, la mayor proporción de la población considera que, en una escala de 0 a 100, su salud es alrededor de 71,78 puntos, valor aproximado al de la población chilena con 73,0 puntos, bien como de la población general de Argentina que obtuvo 75 de acuerdo con el atlas.

Dado que el EQ5D-3L se ha catalogado como un instrumento genérico para medir la CVRS, es posible decir que la población estudiada representada en este estudio tiene una buena CVRS, donde se observó que el mejor estado de salud posible 11111, fue el más prevalente en dicha población.

Es de resaltar que, 91,11 % de la población reportó su estado de salud actual en solo 5 de los 243 posibles estados que se obtienen con el EQ5D-3L. Como hallazgos relevantes de este estudio, las alteraciones más frecuentemente reportadas por los encuestados fue la presencia de moderado dolor o malestar y ansiedad/depresión, seguida por estar moderadamente angustiado/deprimido. Contrastando la 4° ENFR que arrojó los siguientes resultados: algún problema en la movilidad, 12,1 %; algún problema en el cuidado personal, 2,9 %; algún problema en la realización de actividades cotidianas, 7,2 %; tiene dolor o malestar, 25,6 %.⁽⁷⁾

Ya a nivel poblacional general de Argentina, el porcentaje de personas que reporta alguna limitación en alguno de los dominios del EQ-5D varió en forma importante; en el caso del cuidado personal, el 97,1 % de la población no reportó limitaciones algunas, como lo que se evidenció en Villa Piletones, dado que fue la dimensión menos afectada.⁽⁸⁾

Comparando la dimensión más afectada a nivel poblacional general de Argentina, en el dominio Dolor/ Malestar solamente el 69,1 % estuvo en óptimas condiciones, ya lo observado en Piletones es que la dimensión ansiedad/depresión fue la más afectada, siendo notorio la necesidad de implantación de políticas de salud que visan mejoría en la salud mental. En el resto de los dominios no tuvo alteraciones significativas.⁽⁸⁾

En este estudio, además, reveló que los adultos jóvenes tienen mejor percepción de su CVRS que los adultos mayores, al encontrar que, para la mayoría de los estados comunes a estos grupos, los adultos mayores de 65 y más años asignaron valores promedio menores, que el grupo de 18 a 24 años, lo que se asimila al nivel de la población general y también con la ENFR, donde los más jóvenes reportaron el menor valor (9,3 %) y los adultos mayores el valor más alto (35,8 %).

Queda también en evidencia que cuanto, al nivel de instrucción formal, el bajo nivel de escolaridad es un determinante de la percepción de la CVRS tanto en la población de Villa Piletones, como también en la población general a través de la ENFR; las personas bajo estas circunstancias asignaron un valor a su salud consistentemente menor que aquellos con mayor nivel educativo.

Es importante resaltar que el 35,56 % (IC95 % 22,63-51,00) manifestó estar desempleado, siendo una proporción muy superior al promedio de la población general y hay que tener en cuenta, que la pobreza es una

de las variables que puede afectar la CVRS.

A su vez, y como dato de gran relevancia, el 82,22 % (IC95 % 67,63-91,10) presentaba exceso de peso, entendido como sobrepeso u obesidad, valores estos que exceden por mucho los de la población general, a pesar de que se observó un aumento a lo largo de las cuatro ediciones de la ENFR del sobrepeso y obesidad. Lo que podemos resaltar en este estudio es que, al estratificar por IMC, las personas con obesidad son quienes presentaron una menor EVA. Como ya había sido descrito, la obesidad es una variable individual que puede afectar la CVRS, siendo notorio la necesidad de educación y vigilancia nutricional de acuerdo con los recursos disponibles en dicha población.

En comparación con la literatura mundial, la mayor parte de los hallazgos de este estudio son comparables con los resultados de los estudios más recientes que han seguido estrategias similares para la medición y valoración de salud, como los estudios de Colombia y Chile.^(5,11)

En Colombia, la presencia de “moderado dolor o malestar”, seguida de estar “moderadamente angustiado o deprimido” fueron las alteraciones más frecuentes. Los adultos jóvenes tienden a valorar mejor su salud que los adultos mayores, situaciones que se asemeja mucho con la obtenida en este estudio.⁽⁵⁾

Tendencias similares hallaron en el estudio realizado en Chile, donde la población estudiada presentó mayor afectación en las dimensiones dolor/molestia y ansiedad/depresión.⁽¹¹⁾

En cuanto a la valoración de los estados de salud por la EVA, los resultados en la población colombiana muestran superiores a la población de Villa Piletones, alrededor de 80 puntos, en la cual también se observó que las mujeres asignan consistentemente menores valores a su CVRS en comparación con los hombres, este último hecho se asemeja al de la población general de Argentina.^(5,8)

Los estudios realizados en los países de Chile y Colombia coinciden en reportar que la valoración del estado de salud es más alta entre personas con mejor nivel socioeconómico; esto concuerda con lo observado en la población Villa Piletones. Otro hallazgo consistente a través de los diferentes estudios es el mayor valor asignado en la EVA a los estados de salud del EQ5D, entre quienes tienen algún tipo de estudios en comparación con quienes no los tienen.^(5,11)

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que la población del Barrio Villa Piletones tiene buena calidad de vida relacionada con la salud, aunque a través del SF36, la mayoría de los encuestados refirió que su estado de salud estaba entre regular o malo. Se observó que las dimensiones más afectadas fueron: compromiso moderado en las dimensiones dolor/malestar y ansiedad/depresión, seguida por compromiso moderado en la dimensión ansiedad/depresión. Es notorio la necesidad de implementar en dicha población; estrategias tendientes a mejorar las condiciones de educación, pobreza, alimentación saludable y salud mental. Ya que todos son ejemplos de los determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud.

Limitaciones y sesgos

Una de las principales limitaciones del presente estudio fue la obtención precisa del número poblacional de Villa Piletones, dado que la última información disponible proviene del Censo realizado en el año 2022, en el cual se reflejó el dato poblacional agrupado por comuna completa. En el caso de Villa Piletones, pertenece a la Comuna 8, conformada por los barrios de Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano.

Entre las variables del estudio, algunas como por ejemplo “talla” y “peso”, no fueron medidas en forma directa sino que fueron autorreferidas por cada participante. Esto pudo haber generado sesgos de recuerdo y/o de memoria.

Los participantes fueron asistentes tanto de la salita de salud como del comedor “Los Piletones”. Esto podría representar un sesgo de selección. A pesar de ello, se estima que la muestra debería ser representativa, ya que ambos sitios son frecuentados por gran parte de la población de la Villa Piletones.

Los resultados expresados en el presente trabajo deben ser interpretados con cautela ya que, por falta de recursos, no fue posible alcanzar el tamaño muestral calculado planificado.

Entre las fortalezas del presente trabajo se destaca que fue la primera vez que se estudió la calidad de vida relacionada con la salud de la población de Villa Piletones y que, a partir de la información generada en este estudio, se podrán crear estrategias de salud más precisas y dirigidas a las fragilidades identificadas. De esta manera, se podrán enfocar los esfuerzos y recursos económicos de manera más eficiente, basando las acciones en la promoción y prevención de la salud de dicha población.

REFERENCIAS

1. Cáceres-Manrique F de M, Parra-Prada LM, Pico-Espinosa OJ. Health-related quality of life in the general population of Bucaramanga, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2018 Mar-Apr;20(2):147-54.
2. Alfonso UM, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia*. 2012;30(1):61-71.

3. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995 Nov 1;41(10):1403-9.
4. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev Soc Esp Dolor. 2004;11(8):53-62.
5. Rojas-Reyes MX, Gomez-Restrepo C, Rodríguez VA, Dennis-Verano R, Kind P. Calidad de vida relacionada con salud en la población Colombiana: ¿cómo valoran los colombianos su estado de salud? Rev Salud Pública. 2017 Jun;19(3):340-6.
6. ACUMAR [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 6]. Informes. Available from: <https://www.acumar.gov.ar/salud-ambiental/informes/>
7. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo [Internet]. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2019 [cited 2024 Jun 20]. Available from: https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf
8. Augustovski F, Rey-Ares L, Gibbons L. [Not Available]. Value Health Reg Issues. 2013 Dec;2(3):398-404.
9. Herrera M. Heterogeneidad geográfica en la calidad de vida relacionada con la salud. Análisis multinivel para Argentina. Estud Econ Apl. 2015;33(1):119-44.
10. Herdman M, Badia X, Berra S. EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. Aten Primaria. 2001 Oct 15;28(6):425-30.
11. Calidad de vida relacionada con la salud en chilenos de comunas vulnerables. Gac Sanit. 2023 Jan 1;37:102328.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Curación de datos: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Análisis formal: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Investigación: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Metodología: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Administración del proyecto: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Recursos: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Software: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Supervisión: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Validación: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Visualización: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Redacción - borrador original: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.

Redacción - revisión y edición: Erica Maria Magalhaes de Paiva, Facundo Juan Manuel Correa.