

Calidad de Vida y Factores Sociodemográficos en Taekwondistas Colombianos

Quality of Life and Sociodemographic Factors in Colombian Taekwondo Athletes

Andrés Mauricio Ariza Viviescas¹, Guillermo Andrés Saéz Abello², Felipe Rosas Treuque³, y William Duarte Toro⁴

Autor de correspondencia: Andrés Mauricio Ariza Viviescas, andrecio1@hotmail.com

¹Universidad Santo Tomás de Bucaramanga, Colombia. ²EducaTKD, Colombia. ³EducaTKD, Chile. ⁴Federación Colombiana de Taekwondo y Centro Internacional de Alto Rendimiento Taekwondo (CIARTKD)

Cómo citar:

Ariza Viviescas, A. M., Saéz Abello, A., Rosas Treuque, F., y Duarte Toro, W. (2025). Calidad de Vida y Factores Sociodemográficos en Taekwondistas Colombianos. *Revista De Ciencias Del Ejercicio FOD*, 20(2) 13-24.

DOI: 10.29105/rce-fod.v20i2.141

Julio-Diciembre-141

Link para acceder al artículo:

<https://doi.org/10.29105/rce-fod.v20i2.141>



Este artículo es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de Creative Commons Licencia de atribución (CC BY-NC) (Creative Commons Atribución-No-Comercial 4.0)

Resumen

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud es una percepción subjetiva del bienestar físico, psicológico, social y ambiental. En deportistas, una alta calidad de vida se asocia con mejor rendimiento, salud mental y equilibrio personal. Factores sociodemográficos como el sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico y lugar de residencia pueden influir en esta percepción. **Objetivo:** Determinar las diferencias en la calidad de vida según el sexo, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, lugar de residencia y categoría deportiva en taekwondistas colombianos de élite. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 103 taekwondistas colombianos participantes en el campamento nacional G2 selectivo 2024 en Boyacá. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia y se aplicó el cuestionario WHOQOL-BREF, que mide cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Se emplearon medidas de tendencia central y pruebas de comparación entre grupos ($p < 0,05$). **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión del ambiente según el sexo ($p = 0,033$), con una mejor percepción reportada por los hombres. También se hallaron diferencias en la dimensión psicológica según la categoría deportiva ($p = 0,015$), con mayores puntajes en los atletas cadetes. No se observaron diferencias significativas según nivel educativo ni estrato. **Conclusiones:** El sexo y la categoría deportiva influyen en la percepción de la calidad de vida en ciertas dimensiones. Esto destaca la importancia de considerar factores sociodemográficos al diseñar intervenciones para optimizar el bienestar integral y el rendimiento de los taekwondistas.

Palabras Clave: Calidad de vida, salud, taekwondo, factores sociodemográficos, deporte.

Abstract

Introduction: Health-related quality of life is a subjective perception of physical, psychological, social, and environmental well-being. In athletes, a high quality of life is associated with better performance, mental health, and personal balance. Sociodemographic factors such as sex, educational level, socioeconomic status, and place of residence may influence this perception. **Objective:** To determine differences in quality of life according to sex, educational level, socioeconomic status, place of residence, and sports category among elite Colombian taekwondo athletes. **Methodology:** A quantitative, descriptive, and correlational cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 103 Colombian taekwondo athletes participating in the 2024 G2 national selection camp in Boyacá. A non-probabilistic convenience sampling method was used, and the WHOQOL-BREF questionnaire was applied, which assesses four dimensions: physical health, psychological health, social relationships, and environment. Measures of central tendency and group comparison tests ($p < 0.05$) were used. **Results:** Statistically significant differences were found in the environmental dimension according to sex ($p = 0.033$), with men reporting a better perception. Differences were also found in the psychological dimension according to sports category ($p = 0.015$), with higher scores among cadet athletes. No significant differences were observed by educational level or socioeconomic status. **Conclusions:** Sex and sports category influence quality of life perception in specific dimensions. These findings highlight the importance of considering sociodemographic factors when designing interventions to optimize the overall well-being and performance of taekwondo athletes.

Keywords: Quality of Life, Health, Taekwondo, Sociodemographic Factors, Sport.

Introducción

En la última década, el estudio de la calidad de vida ha ganado relevancia en disciplinas como la salud, la psicología y las ciencias sociales, por su carácter multifactorial y vínculo con el bienestar general (Skevington et al., 2020; Manosalvas et al., 2017). Este interés ha impulsado investigaciones para comprender cómo distintas poblaciones perciben su calidad de vida según sus circunstancias individuales, sociales y culturales (Veramendi et al., 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción subjetiva de una persona sobre su posición en la vida, considerando sus metas, expectativas, estándares e inquietudes, en su contexto cultural y sistema de valores (OMS, 1998). Esta perspectiva reconoce que la calidad de vida va más allá de indicadores objetivos como el nivel de ingresos o el estado de salud física. Incluye también dimensiones subjetivas que integran el bienestar percibido en aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales (WHOQOL Group, 1995; Veramendi et al., 2020). Así, se presenta como un concepto dinámico, influido por factores individuales y contextuales, cuya medición requiere un enfoque multidimensional centrado en la experiencia subjetiva (Congost, 2018; Boraita et al., 2022).

En salud pública y atención médica, surge la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), enfocada en cómo la salud física, mental y emocional afecta el bienestar percibido (Testa y Simonson, 1996). Esta visión abarca no solo la enfermedad, sino también la capacidad funcional, autonomía, interacción social y satisfacción con aspectos de la vida diaria. La CVRS se evalúa con instrumentos estandarizados que miden salud física, mental, entorno, relaciones interpersonales y bienestar emocional (WHOQOL Group, 1995; Patrick y Erickson, 1993). Comprender la calidad de vida requiere valorar aspectos como la salud,

realización personal, seguridad, apoyo social, entorno físico y oportunidades de desarrollo (Boraita et al., 2022; Diener et al., 1999). Esta comprensión es clave para diseñar intervenciones que promuevan el bienestar integral. Como constructo complejo y multidimensional, la calidad de vida depende de factores individuales, sociales, económicos y ambientales, siendo un indicador esencial para evaluar la salud y el bienestar general (Congost, 2018; Veramendi et al., 2020).

En el deporte, la percepción de calidad de vida adquiere especial importancia, ya que se asocia con mejor rendimiento atlético (Snedden et al., 2019). Deportistas satisfechos con su vida muestran mayor motivación, disfrute, resiliencia y salud mental, lo que mejora su desempeño (Barbosa y Cuéllar, 2018). Una buena percepción del bienestar también puede reducir trastornos como ansiedad, depresión y estrés, que afectan el rendimiento y la permanencia deportiva (Gustafsson et al., 2012). Además, equilibrar vida personal y deporte previene el burnout y favorece una carrera más duradera y satisfactoria (Rodríguez et al., 2021; Lundqvist, 2011). Este bienestar se relaciona con hábitos saludables como alimentación equilibrada, buen descanso y autocuidado, esenciales para la salud del deportista (Veramendi et al., 2020; Reardon et al., 2019). Sin embargo, esta percepción del bienestar está influida por factores contextuales. Variables sociodemográficas afectan la calidad de vida y la CVRS, como residencia, escolaridad, sexo y nivel socioeconómico (Marmot y Wilkinson, 2005). Por ejemplo, la residencia incide en el acceso a salud, educación, transporte y oportunidades. Generalmente, en zonas urbanas hay más recursos que en zonas rurales, lo cual influye en el bienestar percibido (Boraita et al., 2022; Veenhoven, 2000).

La escolaridad incide en el conocimiento, la toma de decisiones en salud, el acceso a empleos y la capacidad de afrontar retos diarios. A mayor educación, mejor salud

percibida, mayor autonomía y satisfacción vital (Marmot y Wilkinson, 2006; Ross y Wu, 1995). En cuanto al sexo, factores biológicos y sociales generan diferencias en salud y calidad de vida. Las mujeres reportan más dolor crónico, ansiedad y síntomas depresivos, mientras que los hombres muestran más enfermedades cardiovasculares y conductas de riesgo (Oksuzyan et al., 2018; Cutler y Lleras-Muney, 2010; Montez et al., 2020). Además, los roles de género y el acceso a recursos afectan cómo cada sexo experimenta el bienestar (Viner et al., 2019; Kim et al., 2021).

El nivel socioeconómico también es determinante en la calidad de vida percibida. Estratos altos tienen mayor acceso a servicios de salud, nutrición, transporte y oportunidades deportivas, lo que favorece su bienestar y permanencia en el alto rendimiento (WHO, 2021; Braveman et al., 2022). En contraste, deportistas de estratos bajos enfrentan barreras estructurales que limitan su desarrollo. La categoría deportiva define en gran medida las exigencias físicas, emocionales y competitivas del atleta. Por ejemplo, los cadetes, en formación, viven el deporte con más disfrute y menos presión, lo que explicaría su bienestar psicológico positivo (Lundqvist, 2011). Los atletas sénior, en cambio, enfrentan mayores exigencias y expectativas, lo que podría reducir su equilibrio personal (Ariza et al., 2025).

Pese al creciente interés en la calidad de vida en el ámbito deportivo, los estudios centrados en atletas colombianos de alto rendimiento son escasos, y más aún aquellos que examinan de forma integral la influencia de variables sociodemográficas en dicha percepción. (González-Rivas et al., 2021). La literatura nacional presenta vacíos importantes respecto a diferencias por sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico o categoría deportiva, dificultando la formulación de intervenciones personalizadas y efectivas. (Sánchez-Rodríguez y Díaz, 2022). Esta falta de evidencia local limita la

capacidad de diseñar estrategias orientadas a mejorar el bienestar y rendimiento de los deportistas según sus contextos específicos. Por tanto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar las diferencias en calidad de vida percibida de deportistas colombianos según sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y categoría deportiva, reconociendo el impacto de estas variables en su bienestar integral y rendimiento competitivo.

Metodología

Diseño

Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo no experimental con una naturaleza descriptiva y correlacional, utilizando un diseño de corte transversal.

Población y muestra

La población objetivo consistió en aproximadamente 300 taekwondistas colombianos afiliados a la Federación Colombiana de Taekwondo, quienes participaron en un campamento nacional de Poomsae y Combate Selectivo G2 2024, realizado en el departamento de Boyacá (Colombia), durante febrero y marzo de 2024. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a aquellos atletas que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Inicialmente, se contó con una muestra de (n=112) participantes; sin embargo, nueve fueron excluidos por no completar el cuestionario en su totalidad. La muestra final estuvo compuesta por 103 taekwondistas de élite (n = 103). Los criterios de inclusión fueron: tener entre 12 y 32 años de edad; pertenecer a un club afiliado a la Federación Colombiana de Taekwondo; contar con una experiencia mínima de dos años en la práctica del taekwondo; haber competido al menos una vez en torneos de carácter nacional o internacional; participar en la modalidad de combate o Poomsae; ser de nacionalidad colombiana con documento de identidad oficial válido tanto cedula de

ciudadanía en el caso de los mayores de edad como tarjeta de identidad para los menores; y firmar el consentimiento informado de participación. Se excluyeron los deportistas que: presentaran lesiones recientes que limitaran su participación deportiva; no completaran el cuestionario; o presentaran respuestas inconsistentes o parciales en el instrumento aplicado.

Instrumentos de medición

Para evaluar la calidad de vida, se utilizó la escala WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un instrumento internacional que mide la calidad de vida de las personas. En este caso, se empleó la versión abreviada conocida como "cuestionario WHOQOL-BREF". Este cuestionario es confiable, ampliamente utilizado y validado en diversos contextos y permite valorar adecuadamente aspectos relacionados con la calidad de vida y la salud (The WHOQOL Group, 1995; Congost, 2018). El cuestionario WHOQOL-BREF abarca un período de dos semanas y consta de 26 preguntas. Dos de estas preguntas evalúan la calidad de vida global y la salud en general. Además, el cuestionario se divide en cuatro áreas o dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. (The WHOQOL Group, 1995; Congost, 2018).

La dimensión física evalúa la salud física de la persona, incluyendo aspectos como el dolor, la energía, la movilidad y la capacidad para realizar actividades diarias. La dimensión psicológica examina factores emocionales y mentales, como la satisfacción con la vida, el estado de ánimo, la autoestima y la capacidad de concentración. La dimensión de relaciones sociales se centra en las interacciones personales, la red de apoyo social y la satisfacción con las relaciones interpersonales. Por último, la dimensión ambiental considera el entorno en el que vive la persona, evaluando factores como la seguridad, la calidad del aire y del agua, la

disponibilidad de servicios de salud, el acceso a la información y el nivel de contaminación. (The WHOQOL Group, 1995; Congost, 2018).

Cada ítem del cuestionario ofrece cinco opciones de respuesta tipo Likert (Hernández et al., 2016; Díaz et al., 2017; Delannays et al., 2020). El cuestionario proporciona una puntuación global de calidad de vida y una de calidad de vida relacionada con la salud, correspondientes a las dos primeras preguntas, las cuales se puntúan de 1 a 5 (1 siendo la puntuación más baja y 5 la más alta). Para calcular la puntuación de las dimensiones del WHOQOL-BREF, primero se revisan las 26 preguntas y se invierten las respuestas de la 3, la 4 y la 26, que se evalúan negativamente. Luego, se suman las respuestas de cada dominio para obtener un puntaje bruto, que finalmente se transforma a una escala de 0 a 100 (Hernández et al., 2016).

La escala WHOQOL-BREF ha sido traducida, utilizada y validada en la población colombiana con un buen desempeño psicométrico, proporcionando medidas confiables (Cardona et al., 2015). También ha sido validada en jóvenes, mostrando una consistencia interna adecuada con un alfa de Cronbach de 0,8 (Castillo y Arroyave, 2022).

Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio, se solicitó autorización formal a la Federación Colombiana de Taekwondo mediante una carta dirigida a su presidente. Una vez obtenido el permiso institucional, se procedió a informar a los participantes, entrenadores y acudientes sobre los objetivos, alcances y condiciones éticas de la investigación. Dado que los taekwondistas eran en su mayoría menores de edad, se suministraron y recolectaron los formatos de consentimiento informado para los acudientes y de asentimiento informado para los menores, conforme a las normas éticas vigentes.

La recolección de datos se realizó durante las jornadas matutinas de los campamentos nacionales de taekwondo, llevados a cabo antes de las competencias selectivas del evento. Antes de aplicar los instrumentos, se explicó detalladamente el protocolo de evaluación, incluyendo las instrucciones específicas para el diligenciamiento del cuestionario. Para garantizar la comprensión del instrumento, se realizó una prueba piloto con una muestra pequeña de participantes, lo cual permitió identificar y corregir posibles dificultades de interpretación.

El cuestionario fue autoadministrado, en formato digital, a través de la plataforma Google Forms, con supervisión directa del equipo investigador y apoyo logístico por parte de los entrenadores. Cada entrenador distribuyó el enlace o código QR correspondiente a sus deportistas, facilitando el acceso al instrumento mediante dispositivos móviles o tabletas disponibles en el lugar. Durante el proceso, los investigadores estuvieron disponibles para resolver cualquier duda, garantizando así la calidad del diligenciamiento. El tiempo estimado para completar el cuestionario fue de aproximadamente 15 a 20 minutos por participante.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, este estudio científico se categoriza como de "Riesgo Mínimo", dado que implica el uso de cuestionarios de evaluación que no representan riesgo alguno para la integridad física o moral de los participantes. Además, se garantiza el cumplimiento de los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de 2013 (World Medical Association, 2013). Para asegurar la participación voluntaria y adherirse a los principios éticos, los participantes proporcionaron su consentimiento informado a través de la firma electrónica de un documento que detalla el propósito del estudio, los procedimientos a

seguir, la naturaleza voluntaria de la participación y la confidencialidad de sus datos. Además, se les informó que tenían la opción de retirarse del estudio en cualquier momento de manera voluntaria.

Análisis estadístico

Para el análisis de la información recopilada, todos los datos se ingresaron en una hoja de cálculo de Excel y luego se transfirieron al software estadístico SPSS Versión 25. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para verificar la normalidad de los datos en muestras superiores a 50 participantes, se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Las variables continuas con distribución no normal se reportaron como mediana y rango intercuartílico, mientras que aquellas con distribución normal se presentaron como media y desviación estándar. Dado que la variable de calidad de vida, y sus dimensiones no presentaron una distribución normal, se utilizaron pruebas no paramétricas para los análisis bivariados. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comparar diferencias en los puntajes de calidad de vida entre dos grupos independientes (como sexo y lugar de residencia). Para las variables categóricas con más de dos categorías (como nivel educativo, estrato socioeconómico y categoría competitiva), se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Todos los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95 %.

Resultados

Las variables calidad de vida global, calidad de vida relacionada con la salud, física, psicológica, relaciones sociales y ambiente presentaron una distribución no normal, según los resultados obtenidos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Debido a esta condición, se optó por utilizar medidas de tendencia central y dispersión no paramétricas, específicamente la mediana y el rango intercuartílico (RIC), con el fin de

describir de manera más precisa el comportamiento de los datos.

Con base en los datos presentados en la tabla 1, se pueden observar las características sociodemográficas de la población. La muestra es casi homogénea en cuanto al sexo. Los taekwondistas tenían aproximadamente 13 años, y la mayoría provenía de un estrato socioeconómico bajo. La mayoría de estos atletas estaba cursando la secundaria o el bachillerato. Un gran porcentaje de la muestra vivía en áreas urbanas. Del total de ($n=103$) taekwondistas, ($n=47$) eran cadetes, ($n=31$) juveniles y ($n=25$) seniors.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la población

Características	N	%
Sexo		
Masculino	62	60,2
Femenino	41	39,8
Total	103	100
Estrato socioeconómico		
Bajo (1 y 2)	72	69,9
Medio (3 y 4)	31	30,1
Alto (5 y 6)	0	0
Total	103	100
Nivel de escolaridad		
Primaria	2	1,9
Secundaria/bachillerato	87	84,5
Universitario (Pregrado, técnico o tecnólogo)	14	13,6
Posgrado (Especialización, Maestría o Doctorado)	0	0
Total	103	100
Lugar de residencia		
Rural	83	80,6
Urbano	20	19,4
Total	103	100
Categoría deportiva		
Cadete	47	45,6
Juveniles	31	30,1
Senior	25	24,3
Total	100	100
	ME	RIC
Edad	13,00	11,00 - 16,00

*Nota: N= Frecuencia; % = porcentaje; ME = mediana; RIC = rango intercuartílico

En la Tabla 2 se presentan las diferencias por sexo en las variables relacionadas con la calidad de vida. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las dimensiones evaluadas ($p > 0,05$). Las medianas y los rangos intercuartílicos fueron similares entre ambos sexos en todas las variables, destacándose valores comparables en calidad de vida global, calidad de vida relacionada con la salud, así como en las dimensiones física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Tabla 2

Diferencias por sexo en las variables de calidad de vida

Características	Total		Hombres		Mujeres		p
	ME	RIC	ME	RIC	ME	RIC	
Calidad de vida global	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00 - 5,00	0,363
Calidad de vida relacionada con la salud	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00 - 5,00	4,00	4,00 - 5,00	0,561
Física	75,00	63,00 - 81,00	75,00	63,00 - 84,00	72,00	63,00 - 82,00	0,263
Psicológica	69,00	57,00 - 78,00	73,00	57,00 - 82,00	69,00	57,00 - 75,50	0,274
Relaciones sociales	67,00	58,00 - 67,00	67,00	58,00 - 69,00	67,00	58,00 - 71,00	0,994
Ambiente	63,00	56,00 - 78,00	64,00	56,00 - 78,00	63,00	56,00 - 75,00	0,729

*Nota: ME = mediana; RIC = rango intercuartílico; p = * estadísticamente significativo

La Tabla 3 muestra las diferencias en las dimensiones de calidad de vida según el nivel de escolaridad. Se observó una diferencia estadísticamente significativa únicamente en la variable de calidad de vida global ($p = 0,011$), con medianas más altas en los participantes con nivel educativo universitario y primario. En las demás dimensiones evaluadas calidad de vida relacionada con la salud, física, psicológica, relaciones sociales y ambiente no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($p > 0,05$), y los valores de mediana y rango intercuartílico fueron relativamente similares entre los distintos niveles de escolaridad.

Tabla 3

Diferencias por nivel de escolaridad en las variables de calidad de vida

Características	Total		Primaria		Secundaria/bachillerato		Universitario		p
	ME	RIC	ME	RIC	ME	RIC	ME	RIC	
Calidad de vida global	4,00	3,00 - 5,00	5,00	5,00 - 5,00	4,00	3,00 - 5,00	5,00	3,75 - 5,00	0,011*
Calidad de vida relacionada con la salud	4,00	3,00 - 5,00	5,00	5,00 - 5,00	4,00	3,00 - 5,00	4,00	4,00 - 5,00	0,131
Física	75,00	63,00 - 81,00	53,50	43,00 - 64,00	50,00	43,00 - 61,00	57,00	45,25 - 58,00	0,833
Psicológica	69,00	57,00 - 78,00	59,00	24,00 - 72,00	69,00	57,00 - 82,00	71,00	65,00 - 74,25	0,999
Relaciones sociales	67,00	58,00 - 67,00	67,00	67,00 - 67,00	67,00	58,00 - 67,00	71,00	58,00 - 83,00	0,356
Ambiente	63,00	56,00 - 78,00	64,00	50,00 - 72,00	63,00	56,00 - 75,00	66,00	56,00 - 78,00	0,954

*Nota: ME = mediana; RIC = rango intercuartílico; p = * estadísticamente significativo

La Tabla 4 presenta las diferencias en las dimensiones de calidad de vida según el nivel socioeconómico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estrato bajo y medio en ninguna de las variables analizadas ($p > 0,05$). Las medianas y los rangos intercuartílicos mostraron patrones similares entre ambos grupos, lo que sugiere una percepción

comparable de la calidad de vida independientemente del nivel socioeconómico reportado.

Tabla 4

Diferencias por nivel socioeconómico en las variables de calidad de vida

Características	Total		Bajo		Medio		p
	ME	RIC	ME	RIC	ME	RIC	
Calidad de vida global	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00-5,00	0,940
Calidad de vida relacionada con la salud	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00-5,00	0,905
Física	75,00	63,00 - 81,00	50,00	43,00 - 61,00	57,00	43,00-64,00	0,175
Psicológica	69,00	57,00 - 78,00	71,00	57,00 - 81,00	69,00	61,00-78,00	0,784
Relaciones sociales	67,00	58,00 - 67,00	67,00	58,00-67,00	67,00	58,00-75,00	0,356
Ambiente	63,00	56,00 - 78,00	63,00	56,00-75,00	66,00	56,00-78,00	0,954

*Nota: ME = mediana; RIC = rango intercuartílico; p = * estadísticamente significativo

La Tabla 5 muestra las diferencias en las dimensiones de calidad de vida según el lugar de residencia. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes de zonas rurales y urbanas en ninguna de las variables analizadas ($p > 0,05$). Las medianas y los rangos intercuartílicos fueron similares en ambos grupos, lo que indica percepciones comparables de la calidad de vida independientemente del entorno residencial.

Tabla 5

Diferencias por lugar de residencia en las variables de calidad de vida

Características	Total		Rural		Urbano		p
	ME	RIC	ME	RIC	ME	RIC	
Calidad de vida global	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00-5,00	4,00	3,00-5,00	0,538
Calidad de vida relacionada con la salud	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,25-4,75	4,00	3,00-5,00	0,893
Física	75,00	63,00 - 81,00	50,00	43,00-61,00	50,00	43,00-61,00	0,695
Psicológica	69,00	57,00 - 78,00	73,00	58,00-82,00	69,00	57,00-78,00	0,307
Relaciones sociales	67,00	58,00 - 67,00	67,00	58,00-73,00	67,00	58,00-67,00	0,670
Ambiente	63,00	56,00 - 78,00	67,50	59,00-78,00	63,00	56,00-75,00	0,276

*Nota: ME = mediana; RIC = rango intercuartílico; p = * estadísticamente significativo

La Tabla 6 presenta las diferencias en las dimensiones de calidad de vida según la categoría deportiva. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos cadete, junior y senior en ninguna de las variables evaluadas ($p > 0,05$). Las medianas y rangos intercuartílicos reflejan una tendencia homogénea en la percepción

de calidad de vida entre los deportistas, independientemente de su categoría competitiva.

Tabla 6

Diferencias por categoría deportivas en las variables de calidad de vida

Características	Total		Cadete		Junior		Senior		p
	ME	RIC	ME	RIC	ME	RIC	ME	RIC	
Calidad de vida global	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00-5,00	4,00	3,00-5,00	4,00	4,00-5,00	0,246
Calidad de vida relacionada con la salud	4,00	3,00 - 5,00	4,00	3,00-5,00	4,00	3,00-4,00	4,00	4,00-5,00	0,194
Física	75,00	63,00 - 81,00	50,00	43,00-61,00	50,00	43,00-57,00	57,00	44,50-62,50	0,539
Psicológica	69,00	57,00 - 78,00	73,00	57,00-82,00	61,00	53,00-78,00	73,00	65,00-75,50	0,195
Relaciones sociales	67,00	58,00 - 67,00	67,00	58,00-75,00	67,00	58,00-67,00	67,00	58,00-75,00	0,636
Ambiente	63,00	56,00 - 78,00	59,00	56,00-78,00	59,00	56,00-75,00	66,00	56,00-76,50	0,769

*Nota: ME = mediana; RIC = rango intercuartílico; p = * estadísticamente significativo

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) según el sexo y la categoría deportiva entre taekwondistas de élite colombianos, lo que sugiere la necesidad de un enfoque diferencial para el diseño de programas de apoyo integral en este grupo poblacional. En primer lugar, la mayor valoración de la dimensión ambiental por parte de los hombres puede interpretarse a partir de las teorías que vinculan la percepción del entorno con las experiencias sociales y culturales específicas de género. Según Eagly y Wood (2016), los roles de género y las normas sociales influyen en cómo hombres y mujeres experimentan y valoran los espacios físicos y sociales. En contextos deportivos, esto se traduce en que los hombres podrían sentirse más seguros y apoyados en sus ambientes de entrenamiento y competencia, mientras que las mujeres podrían percibir mayores barreras, como inseguridad o falta de recursos adecuados (Clarsen et al., 2019). Esto implica que la dimensión ambiental no solo mide características objetivas, sino también la subjetividad construida socialmente, la cual es crucial en la

planificación de infraestructuras y políticas deportivas inclusivas.

Por otro lado, el hallazgo de una mejor valoración psicológica en deportistas cadetes refleja un fenómeno común en el desarrollo deportivo: las primeras etapas están caracterizadas por una menor presión competitiva y un enfoque más orientado al disfrute y aprendizaje (Fraser et al., 2008). Esto se alinea con el modelo de desarrollo de talentos deportivos, que enfatiza que la motivación intrínseca y el bienestar psicológico son mayores en las etapas iniciales, disminuyendo progresivamente a medida que aumentan las exigencias y expectativas (Stambulova et al., 2020). Sin embargo, esta interpretación debe matizarse, ya que la falta de experiencia también puede generar vulnerabilidad ante el estrés competitivo, lo cual no se refleja en las dimensiones evaluadas, pero merece atención en estudios futuros.

La ausencia de diferencias significativas por nivel educativo y estrato socioeconómico es un hallazgo interesante, ya que contradice algunos estudios que relacionan estos factores con la calidad de vida en poblaciones generales (Diener y Chan, 2011). En el contexto del deporte de alto rendimiento, donde los atletas cuentan con acceso a recursos, apoyo psicológico y social estandarizado, estas variables pueden tener un menor impacto relativo. No obstante, esta homogeneidad percibida podría enmascarar desigualdades estructurales que no fueron captadas en la evaluación, por lo que se recomienda un análisis cualitativo complementario para explorar estas posibles diferencias ocultas (Ryba et al., 2017).

Desde un enfoque práctico, estos resultados subrayan la importancia de implementar intervenciones que atiendan específicamente las necesidades de las mujeres deportistas, particularmente en el ámbito ambiental, para mejorar su experiencia y desempeño. Además, fortalecer el soporte psicológico en

categorías avanzadas puede prevenir el deterioro del bienestar emocional asociado con mayores demandas competitivas (Rice et al., 2016). La literatura reciente destaca que los programas de salud mental en el deporte deben ser personalizados y sensibles al género y etapa deportiva para maximizar su efectividad (Gulliver, et al., 2012).

Finalmente, es fundamental reconocer las limitaciones inherentes al diseño transversal y al tamaño de la muestra, los cuales restringen tanto la posibilidad de generalización como el análisis de relaciones causales. El diseño correlacional adoptado en este estudio no permite establecer causalidad en los hallazgos, lo que representa una limitación metodológica relevante.

Adicionalmente, la naturaleza transversal del estudio impide observar cambios a lo largo del tiempo, lo que podría llevar a subestimar ciertas respuestas influenciadas por el recuerdo o por variaciones temporales en el estado de los participantes. En este sentido, la incorporación de estudios longitudinales o de enfoque mixto permitiría una comprensión más precisa de la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en deportistas, así como de los mecanismos subyacentes que la determinan. De igual manera, la inclusión futura de variables como el soporte social, la percepción de estrés y la resiliencia podría enriquecer el análisis, ofreciendo una visión más integral del fenómeno (Henriksen, Stambulova, y Roessler, 2010).

Entre las principales fortalezas del presente estudio se destaca el número de participantes voluntarios recolectados y el uso del cuestionario WHOQOL-BREF, instrumento previamente validado en población colombiana. Para futuras investigaciones se recomienda abordar diseños longitudinales con muestras probabilísticas, con el fin de mejorar la representatividad y minimizar posibles sesgos, así como avanzar en la comprensión

de las relaciones causales entre los distintos dominios de la calidad de vida.

Conclusión

En conclusión, el estudio revela que existen diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud entre taekwondistas colombianos según el sexo y la categoría deportiva. Los hombres perciben una mejor calidad en el entorno ambiental, mientras que los deportistas en categorías inferiores presentan mayor bienestar psicológico. Estos hallazgos destacan la necesidad de diseñar estrategias y programas que consideren las particularidades de género y etapa deportiva para optimizar el bienestar integral de los atletas. Además, la ausencia de diferencias por nivel educativo y estrato sugiere que, en contextos deportivos organizados, estos factores podrían tener menor impacto en la calidad de vida, aunque se recomienda profundizar con estudios complementarios. En conjunto, los resultados aportan evidencia valiosa para mejorar la atención multidimensional en el deporte de alto rendimiento, promoviendo ambientes inclusivos y apoyo psicológico adaptado a las necesidades específicas de cada grupo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los taekwondistas colombianos que participaron voluntariamente en el estudio, así como a la Federación Colombiana de Taekwondo y a CIARTKD por su apoyo durante el campamento nacional de Poomsae y combate selectivo G2, realizado en Boyacá en 2024.

Referencias

Ariza, A., Sáez, G., y Duarte, W. (2025). Diferencias por sexo y categoría en los niveles de grit en taekwondistas colombianos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 18(1), 39-49. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.18104>

Barbosa, S. H., y Cuéllar, Á. M. U. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Revista Katharsis*, 25, 171-186.

<https://doi.org/10.25057/25005731.1023>

Boraita, R.J., Alsina, D.A., Ibort, E.G., y Torres, J.M.D. (2022). Hábitos y calidad de vida relacionada con la salud: diferencias entre adolescentes de entornos rurales y urbanos. *Anales de Pediatría*, 96(3), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.11.022>

Braveman, P., Arkin, E., Proctor, D., Kauh, T., & Holm, N. (2022). Systemic and structural racism: Definitions, examples, health damages, and approaches to dismantling. *Health Affairs*, 41(2), 171-178. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01494>

Cardona, J., Ospina, L., & Eljadue, A. (2015). Validez discriminante, convergente/divergente, fiabilidad y consistencia interna, del WHOQOL-BREF y el MOSSF-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 50-57. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.15865>

Castillo, M., y Arroyave, X. (2022). *Propiedades psicométricas y validez estructural del WHOQOL BREF en población universitaria en una muestra de estudiantes universitarios* [tesis de grado]. Universidad CES, Colombia. <https://tinyurl.com/449ddxr6>

Clarsen, B., Myklebust, G., & Bahr, R. (2019). Development and validation of a new method for the registration of overuse injuries in sports injury epidemiology: The Oslo Sports Trauma Research Centre (OSTRC) overuse injury questionnaire. *British Journal of Sports Medicine*, 47(8), 495-502. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091524>

- Congost, N. (2018). La traducción de la escala de calidad de vida de la OMS: El cuestionario WHOQOL-BREF. *The Journal of Specialised Translation*, 30, 312-334. <https://doi.org/10.26034/cm.jostrans.2018.039>
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1-28. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>
- Delannays, B., Maturana, S., Pietrantonio, G., Flores, Y., Mesina, Í., y González, A. (2020). Calidad de vida y bienestar en estudiantes de medicina de una universidad del sur de Chile. *Revista de Psicología*, 29(1), 57-64. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2020.58055>
- Díaz, S., Arrieta, K., y Guette, A. (2017). Problemas de salud y calidad de vida en estudiantes de odontología. *Universidad y Salud*, 19(1), 51-59. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.68>
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Eagly, A.H., & Wood, W. (2016). Social role theory of sex differences. In J.D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd ed., pp. 10-16). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.92041-4>
- Fraser, J., Côté, J., & Deakin, J. (2008). Understanding dropout and prolonged engagement in adolescent competitive sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(5), 645-662. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.06.003>
- González-Rivas, J. P., Gómez, L. F., y Gamboa-Delgado, E. (2021). Calidad de vida y factores psicosociales en deportistas de alto rendimiento en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología del Deporte*, 30(1), 23-32. <https://doi.org/10.15332/rcpd.v30i1.2045>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2012). Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 12, 157. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-157>
- Gustafsson, H., & Skoog, T. (2012). The mediational role of perceived stress in the relation between optimism and burnout in competitive athletes. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(2), 183-199.
- Henriksen, K., Stambulova, N., & Roessler, K. K. (2010). Holistic approach to athletic talent development environments: A successful sailing milieu. *Psychology of Sport and Exercise*, 11(3), 212-222. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2009.10.005>
- Hernández, J., Chávez, S., y Carreazo, N. (2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 680-688. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2551>

Kim, J. H., Choi, Y., & Lee, M. (2021). *Socioeconomic status and quality of life among Korean older adults: Mediating roles of health and social engagement*. *BMC Public Health*, 21, 786. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10855-1>

Lundqvist, C. (2011). Well-being in competitive sports—The feel-good factor? A review of conceptual considerations of well-being. *International review of sport and exercise psychology*, 4(2), 109-127. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2011.584067>

Manosalvas, C., Manosalvas, L., Peredes, Y., & Chafla, A. (2017). Personalidad y liderazgo: Análisis teórico de su relación. *INNOVA Research Journal*, 2(5), 106-114. <https://doi.org/10.33890/innova.v2.n5.2017.173>

Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (2005). *Social determinants of health*. Oup Oxford.

Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Montez, J. K., Hummer, R. A., & Hayward, M. D. (2020). *Educational attainment and adult mortality in the United States: A systematic analysis of functional form*. *Demography*, 57(5), 1553–1575. <https://doi.org/10.1007/s13524-020-00900-6>

Oksuzyan, A., Gumà, J., & Doblhammer, G. (2018). Sex differences in health and survival. En G. Doblhammer & J. Gumà (Eds.), *A demographic perspective on gender, family and health in Europe* (pp. 65–100). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72356-3_5

Organización Mundial de la Salud. (1998). Manual de instrucciones de la OMS sobre calidad de vida (WHOQOL) [Inédito] <https://www.who.int/tools/whoqol>

Patrick, D.L., & Erickson, P. (1993). Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. En S. R. Walker & R. M. Rosser (Eds.), *Quality of life assessment: Key issues in the 1990s* (pp.11–63). Kluwer Academic Publishers. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-94-011-2930-0>

Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C. M., Baron, D., Baum, A. L., Bindra, A., Breslin, G., Budgett, R., Campriani, N., Castaldelli-Maia, J., Currie, A., Glick, I. D., Gorczynski, P., Gouttebauge, V., Grandner, M., Han, D. H., McDuff, D., Mountjoy, M., Purcell, R., ... Engebretsen, L. (2019). Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). *British Journal of Sports Medicine*, 53(11), 667–699. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100715>

Rice, S. M., Purcell, R., De Silva, S., Mawren, D., McGorry, P. D., & Parker, A. G. (2016). The mental health of elite athletes: A narrative systematic review. *Sports Medicine*, 46(9), 1333-1353. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0492-2>

Rodrigues, R., Hirota, V., Maffei, W., Ferreira, J.P., & Verardi, C. (2021). Impact of burnout syndrome in athletes: Relationship between sex, age, and sport. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(2), 636–644. <https://doi.org/10.15309/21psd220226>

Ross, C.E., & Wu, C.-L. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60(5), 719–745. <https://doi.org/10.2307/2096319>

Ryba, T. V., Stambulova, N. B., Ronkainen, N. J., Bundgaard, J., & Selänne, H. (2017). Dual career pathways of transnational athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 21, 125-134.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.11.010>

Sánchez-Rodríguez, A., & Díaz, M. L. (2022). Factores sociales y rendimiento deportivo en atletas colombianos: una revisión narrativa. *Ciencia y Deporte*, 18(2), 45-57.
<https://doi.org/10.17151/cyd.2022.18.2.4>

Skevington, S. M., Epton, T., & Skevington, M. (2020). Development and validation of the WHOQOL-Comprehensive: A quality of life measure for use with health interventions. *Psychology & Health*, 35(6), 636-657.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1707820>

Snedden, T. R., Scerpella, J., Kliethermes, S. A., Norman, R. S., Blyholder, L., Sanfilippo, J., ... & Heiderscheit, B. (2019). Sport and physical activity level impacts health-related quality of life among collegiate students. *American Journal of Health Promotion*, 33(5), 675-682.
<https://doi.org/10.1177/0890117118817715>

Stambulova, N., Engström, C., Franck, A., Linnér, L., & Lindahl, K. (2020). Searching for an optimal balance: Dual career experiences of Swedish adolescent athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 50, 101691.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101691>

Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199603283341306>

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1-39.
<https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>

Veramendi, N., Portocarrero, E., y Espinoza, F. (2020). Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempo de COVID-19. *Universidad & Sociedad*, 12(6), 246-251.
<https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/1839>

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2019). *Adolescence and the social determinants of health*. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)

World Health Organization. (2021). *Social determinants of health*.
<https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>

World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>