



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“VALIDACIÓN DE LA ESCALA MEXICANA MULTIDIMENSIONAL DE CALIDAD
DE VIDA EN UNA MUESTRA DE TRABAJADORES MEXICANOS”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

ESTEFANÍA CERVANTES LARA

DAYANA SANTANA PÉREZ

DIRECTOR DE TESIS: **JESÚS FELIPE URIBE PRADO**

REVISOR: **CARLOS RODRIGO ALONSO PENICHE AMANTE**

ESTA TESIS PERTENECE AL PROYECTO PAPIIT: IN303014

MEXICO, D.F., 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mis padres, por todo su apoyo incondicional y confianza que han depositado siempre.

A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, por ser parte fundamental en mi formación profesional.

A la DGAPA y al Doctor Felipe Uribe, por la oportunidad de participar e impulsar las investigaciones universitarias.

A Dayana, por estar siempre en los buenos y malos momentos, por compartir todo el esfuerzo del proyecto, y ser una gran amiga.

A Manolo, por todas las asesorías y consejos que me brindó durante el proceso de este trabajo.

A Karina y Gonzalo, mis pequeños hermanos, por escucharme y aconsejarme cuando lo necesito.

A todos mis amigos y profesores que me han acompañado durante todos estos años y de alguna manera han contribuido a mi crecimiento personal.

Estefanía Cervantes Lara

13 de octubre del 2014

*“No es la dificultad la que impide atreverse,
pues de no atreverse viene toda la dificultad.”*

–Arthur Schopenhauer

Agradezco infinitamente a mis padres por su apoyo y cariño incondicional, por guiarme y aconsejarme, por proveerme de las herramientas necesarias para desarrollarme en la vida.

A mi hermano Iván por influir en mí desde pequeña, te admiro y eres mi mejor ejemplo.

A Estefanía por ser una gran amiga y compañera de tesis, por su paciencia y motivación.

A Manolo por ser el mejor amigo y confidente, por compartir momentos y conocimientos.

Al Dr. Felipe por su confianza, dedicación y apoyo durante todo el proyecto.

A DGAPA por el apoyo recibido para realizar esta Tesis y fomentar la investigación psicológica.

A todos mis profesores y sinodales, por compartir sus enseñanzas y conocimiento.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México, por acogerme desde la preparatoria y darme todo lo necesario para mi formación profesional.

Dayana Santana Pérez

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 Salud	5
Evolución del concepto de Salud	6
Concepto de Salud	12
Psicología de la Salud	16
La salud como comportamiento	25
Determinantes de la Salud	34
Prevención primaria y Promoción de la Salud	37
Salud Ocupacional	40
Capítulo 2 Calidad de Vida	51
Calidad de Vida	52
Calidad de Vida según la OMS	60
Escalas de Calidad de Vida	74
Calidad de Vida Laboral	81
Calidad de Vida en México	88
Capítulo 3 Psicometría	98
Medición en Psicología	99
Prueba Psicométrica	100
Psicometría	101
Teoría Clásica de las Pruebas	102
Creación de nuevos test con base en la Psicometría	104
Diseño de la Prueba	109
Confiabilidad	114
Validez	119
Análisis Factorial	122
Análisis Paramétricos	125
Método	129
Planteamiento de problema	130
Objetivos	131
Preguntas de Investigación	131
Hipótesis	132
Tipo de Investigación	132

Variables	132
Definición conceptual	133
Definición Operacional	136
Muestra	138
Instrumento	138
Procedimiento	138
Resultados	149
Características sociodemográficas	150
T de Student	154
Confiabilidad	157
Análisis Factorial	158
ANOVA	170
Correlaciones de Pearson	179
Discusión y Conclusiones	185
Referencias	194
Anexos	206

El objetivo principal de la presente investigación fue obtener la confiabilidad y validez del constructo Calidad de Vida, así como conocer su relación con las variables sociodemográficas en una muestra de trabajadores mexicanos. Fiscal y Muñiz (2013) desarrollaron un Banco de reactivos de Calidad de Vida con base en la definición de la Organización Mundial de la Salud. Para la continuación de esa primera investigación, en esta tesis se realizó el piloteo de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida, por lo que el Banco de reactivos original fue distribuido en tres versiones, las cuales estuvieron compuestas por los siete factores (ámbito físico, ámbito psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, medio, espiritualidad y trabajo). En la aplicación de la escala participaron 1,024 trabajadores mexicanos del Distrito Federal y área metropolitana. Se obtuvo un instrumento final de 208 reactivos el cual mide los siete factores, producto de un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales y rotación Varimax. Además, se obtuvo una confiabilidad con alfa de Cronbach de .90 para los siete factores respectivamente. Se realizaron también ANOVA y correlación Pearson para determinar relaciones estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas y calidad de vida. Finalmente se cumplió el objetivo de obtener la validez y confiabilidad de la primera Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida. La aportación de validar una EMMCV que incluye el factor Laboral permitirá diseñar planes de acción encaminados a mejorar la Calidad de Vida en trabajadores mexicanos.

Palabras claves: Calidad de Vida, OMS, Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida, ámbito físico, ámbito psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, medio, espiritualidad y trabajo.

Introducción

La importancia de evaluar los perfiles de Calidad de Vida en la sociedad, por medio de la búsqueda de información, la metodología y las técnicas adecuadas, nos permite conocer el panorama de cómo se estructuran las condiciones de vida en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que pueden influir en la salud y el bienestar de las personas. Con esta información se pueden detectar aquellos factores que son considerados elementales para la vida diaria, al igual que conocer los países que tienen un nivel de vida alto o son catalogados de primer mundo.

Durante los últimos años han aparecido instrumentos internacionales donde participa México (por ejemplo el Índice de Desarrollo Humano e Índice de Prosperidad Legatum), sin embargo son escasos los instrumentos desarrollados en México que midan la Calidad de Vida y den seguimiento a esta línea de investigación. Por lo anterior, el propósito del presente trabajo es obtener la confiabilidad y validez de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida (EMMCV). Cabe mencionar que la base para la construcción de este instrumento fue la investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud, la cual define seis factores para evaluar la Calidad de Vida; a dichos factores se agregó el denominado Trabajo, puesto que se considera importante e influyente en la Calidad de Vida de los mexicanos. Continuando con lo anterior, se pretende conocer con los datos obtenidos, la Calidad de Vida en trabajadores mexicanos mediante su conceptualización, medición y relación con otras variables para identificar y explicar los comportamientos relacionados con Calidad de Vida así como su posible vinculación con aspectos sociales, ideológicos, culturales, organizacionales y personales. De esta forma se pretende encontrar respuestas a ciertas preguntas para generar conocimiento en nuevos cuestionamientos que ayuden a comprender y orientar a trabajadores y organizaciones sobre el impacto de la Calidad de Vida.

En el capítulo uno de este trabajo se desarrolla como tema central la Salud, se realiza un breve repaso histórico partiendo desde la época clásica hasta las definiciones más actuales del concepto. Se continúa con el surgimiento de la Psicología de la Salud con sus principales beneficios y retos. Después, se aborda los tipos de comportamientos en la salud, sean éstos patógenos o saludables incluyendo sus consecuencias, así como los factores psicosociales que interactúan indudablemente con la salud de las personas. Se revisarán también el tema de la promoción de la salud y su importancia para fomentar conductas orientadas hacia una vida saludable. Por último se analiza el papel de la Salud Ocupacional y su relación con la Psicología de la Salud.

En el capítulo dos se justifica la importancia de la Calidad de Vida, un concepto relativamente nuevo al menos en México. Se explica el modelo de Calidad de Vida por parte de la OMS, describiendo los factores y subfactores que la componen. Posteriormente, se realiza una recopilación de las escalas internacionales que miden Calidad de Vida y la nueva rama de la Calidad de Vida que introduce el ámbito laboral. Finalmente, se analizan algunos de los estudios internacionales y nacionales realizados en México.

El capítulo tres se sustenta la medición en Psicología, se abordan temas como la Psicometría, las teorías que existen para la construcción de pruebas psicológicas, como son la Teoría Clásica de los Tests y la Teoría de Respuesta al Ítem. También se incluye el proceso para la elaboración de tests, el diseño que debe contener y los análisis pertinentes para garantizar su confiabilidad y validez

Posteriormente se presenta la metodología llevada a cabo, la cual comprende la justificación y el planteamiento del problema, así como sus objetivos. En este apartado se presenta el proceso que conformaron la parte empírica del proyecto: a) el diseño de la escala distribuida en tres versiones, b) la aplicación de las escalas a una población determinada, y c) los análisis estadísticos para la validación psicométrica de la EMMCV, así como otros análisis para determinar posibles relaciones con variables sociodemográficas.

En el siguiente apartado se muestran los resultados correspondientes a las escalas de las tres versiones que fueron planteados en el capítulo cuatro, estos dan respuesta a los objetivos mencionados anteriormente

Posteriormente se detallan la discusión y conclusiones de la investigación, se plantean además las aportaciones y limitaciones.

Finalmente, se cuenta con un apartado de referencias y anexos, que contienen las tres versiones completas del instrumento denominado EMMCV.

CAPÍTULO 1

SALUD

La importancia de la Salud es un tema primordial para diversas disciplinas ya que afecta e influye en diversos ámbitos como el social, el económico, el psicológico, el político y el cultural. Por su misma complejidad y desarrollo, han surgido diversas ramas de estudio que se especializan en cada sector. Atendiendo a estas consideraciones, se crearon la Psicología de la Salud, la Salud Ocupacional y la Psicología de la Salud Ocupacional. Se abordará en este capítulo la evolución del concepto de la salud, desde la época clásica hasta la actualidad. Se continuará con los orígenes de la Psicología de la Salud, su objeto de estudio y sus beneficios. Asimismo se explicará las conductas de salud y las conductas patógenas; nos enfocaremos en el tema de los determinantes de la salud, así como las estrategias utilizadas para la promoción de la salud. Por último se abordará la importancia de la Salud Ocupacional y la Psicología de la Salud Ocupacional. Este capítulo fue desarrollado con la intención de recrear un panorama contextual de la Salud, una cuestión relacionada con Calidad de Vida.

Evolución del concepto de Salud. Aproximación histórica del concepto de Salud

El significado del concepto salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros años de Historia se mantuvo el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, castigo de dioses, espíritus o fuerzas de la naturaleza.

Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual, uniendo el pensamiento mágico-religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública. (Perea, 2011)

Con el florecimiento del pensamiento racional y filosófico del siglo V a.C. en la Antigua Grecia y a partir de las concepciones naturalistas del mundo que elaboraron los filósofos presocráticos, se comenzó a hacer un esfuerzo para dar

con las causas naturales de la enfermedad, lo cual supuso un cambio de la interpretación mágica previa al conocimiento científico. (Ballester, 1996)

En la civilización romana el saneamiento del medio ambiente y el cuidado del cuerpo era la principal preocupación sanitaria, la cual se refleja en la aplicación de los conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública. (Ballester, 1996)

Este gran avance en el modelo naturalista de la enfermedad se consolidó con el “padre de la Medicina”, Hipócrates. En el libro *La naturaleza del Hombre*, aparece expuesta la doctrina humoral, la cual es un exponente del modelo natural del proceso salud/enfermedad. De acuerdo con este modelo, la enfermedad es el resultado del desequilibrio en el organismo entre elementos que integran el cosmos, a saber, el fuego, la tierra, el agua y el aire. Cada uno de estos elementos abunda en uno de los fluidos corporales. Así, el fuego se concentra en la sangre, la tierra en la flema, el agua en la bilis amarilla y el aire en la bilis negra. Cuando estos fluidos se encuentran en desequilibrio, enferman el órgano donde se encuentran. Si es la sangre enferman al corazón, la flema afecta al cerebro, la bilis amarilla enferma al hígado y la bilis negra al bazo. (Ballester, 1996)

Esta perspectiva se mantuvo con Galeno (aproximadamente 129- 199 d.C.), otro influyente médico griego. Galeno consideraba que existía una base física para la mala salud (física o mental) y creía que los cuatro humores corporales no sólo subyacían a los cuatro caracteres dominantes (el sanguíneo, el colérico, el flemático y el melancólico), sino que estos caracteres podrían contribuir a experimentar determinadas enfermedades. Fue precisamente Galeno uno de los primeros médicos en intentar definir la salud, consideraba que “es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O, también es la cómoda armonía de los elementos”. (Moura, 1982 p.42, citado en Caponi, 1997)

Esta visión ofrecía una explicación psicológica y fisiológica, es decir, había una relación mutua entre mente y cuerpo; pero sólo en términos de perturbaciones

físicas y mentales, teniendo ambas una causa física subyacente. Esta perspectiva dominó el pensamiento durante muchos siglos posteriores, pero perdió predominio en el siglo XVIII cuando se desarrolló la medicina orgánica y, en concreto, la patología celular que no respaldaba los fundamentos humorales. (Morrison y Bennett, 2008)

A lo largo de la Edad Media el modelo natural de la enfermedad de Galeno, junto con las grandes influencias de Aristóteles y Avicena, convivió con un modelo moral de enfermedad, según el cual, la enfermedad era a menudo el castigo por una conducta moralmente reprobable. (Ballester, 1996)

En esta época se consideraba que la enfermedad era el castigo de Dios por las malas acciones o, de forma parecida a las primeras perspectivas, como resultado de espíritus malignos que se apoderaban del alma, lo cual no distaba del pensamiento mágico religioso presente en las culturas clásicas. Se consideraba que los individuos tenían poco control sobre su salud, mientras que los sacerdotes, dada su capacidad percibida de recuperar la buena salud, si tenían control. Se creía en general que el cuerpo y la mente trabajaban juntos, o al menos en paralelo, pero puesto que el desarrollo de los conocimientos médicos estaba limitado por la prohibición de realizar investigaciones científicas como la disección, predominaban las explicaciones místicas y mentales. Éstas explicaciones causales requerían, por tanto, un tratamiento siguiendo las líneas de castigo personal, como eran la abstinencia del pecado, el rezo o un trabajo duro. (Morrison y Bennett, 2008)

El periodo medieval es considerado como el de las grandes epidemias (el fuego de San Antonio, el sudor Inglés y la peste Bubónica, por ejemplo), relacionadas con el incremento de las comunicaciones y conflictos bélicos. En esta época abundaron las calamidades dando lugar a que en el siglo XVIII se crearan organismos y métodos de prevención, basados en la instauración de barreras sanitarias en las fronteras, se practicara el aislamiento y el concepto de cuarentenas, sin mayor preocupación por un enfoque etiológico. (Amigo, Fernández y Pérez, 2009)

Durante el Renacimiento se recuperó una cierta conceptualización de la enfermedad en términos naturalistas. El humanismo de los autores renacentistas devolvió el centro de la atención al hombre y a su potencial para explicar el mundo que le rodeaba, a la par que la medicina regreso a manos de los médicos. (Ballester, 1996)

A lo largo de los siglos XVIII, XIX y XX, grandes progresos científicos y tecnológicos en todos los campos de la medicina permitieron superar algunas de las principales causas de enfermedad y muerte, que habían assolado al mundo desde la antigüedad. Estos avances a su vez, reforzaron la idea de lo importante que resultaba intentar localizar el origen concreto de las patologías. (Amigo et al., 2009)

Con los resultados de tales avances, la medicina se acercó cada vez más a los laboratorios médicos y a los factores corporales, dejando de lado a la mente, como base para un progreso médico. En un esfuerzo por romper con las supersticiones del pasado, la concepción dualista de la mente y el cuerpo fue fuertemente reforzada hasta lograr que el médico se convirtiera en el guardián del cuerpo y que los filósofos y los teólogos fuesen los guardianes de la mente. (Kaplan, 1975 citado en Taylor, 2007)

Durante este periodo tiene lugar el hecho que cambió la historia de la medicina y permitió la aparición, consolidación y absoluta primacía del modelo biomédico. (Gil Roales-Nieto, 1996 citado en Amigo, Fernández y Pérez, 2009)

El modelo biomédico tuvo su fundamento doctrinal en el dualismo mente- cuerpo y la teoría que la representó fue René Descartes (1596-1656). Descartes planteó que lo físico y lo espiritual son dos realidades separadas; mientras que el cuerpo pertenecería a la realidad física, la mente sería una realidad espiritual. De acuerdo con esta visión, se desarrolló el concepto del cuerpo como máquina (una perspectiva mecanicista), que sólo se podía comprender a partir de sus elementos constituyentes (moleculares, biológicos, bioquímicos, genéticos) (Morrison y Bennett, 2008). La enfermedad sería el fallo de algún elemento de la máquina, el

trabajo del médico sería entonces diagnosticar dicho error y reparar la maquinaria. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos. (Amigo et al., 2009)

SUPUESTOS BÁSICOS DEL MODELO BIOMÉDICO

Según Engel (1977) "El modelo biomédico se basa en dos supuestos: 1) Dualismo mente-cuerpo y 2) El reduccionismo, en el que se asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas. La forma en que una persona reacciona a los eventos físicos, así como los efectos del comportamiento de la persona que puedan haber contribuido a esa condición física generalmente son relegados. El médico se concentra en el estado fisiológico de la persona, considerando las ramificaciones psicológicas y sociales de la enfermedad como aspectos periféricos".

Este modelo es muy aceptado debido a que los avances en la tecnología médica han permitido el diagnóstico de patologías orgánicas con un nivel de certeza, rapidez y precisión que hubiera sido impensable hace relativamente poco tiempo. (Ballester, 1997)

EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

A partir de todas las críticas que se han hecho al modelo biomédico, surgió la necesidad de un modelo más comprensivo que tuviera en cuenta con la misma importancia los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la enfermedad. En respuesta a esta inquietud, Engel (1977) formuló el modelo biopsicosocial, cuyo postulado básico es que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales y por lo tanto, es necesario tener en cuenta estos tres factores a la hora de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento. (Ballester, 1997)

La Teoría de Sistemas sirve de marco explicativo para el modelo bio- psicosocial. Los diferentes sub-sistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo,

interpersonal, social, ambiente físico) están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual. Los procesos de causalidad son múltiples y más circulares que lineales. La realidad es considerada como una red de procesos íntimamente interconectados. (Oblitas, 2004)

Consecuentemente, salud, enfermedad y el sistema sanitario son procesos interrelacionados que involucran cambios tanto en niveles individuales como en los demás (Taylor, 2007). El explicar este hecho ha llevado a los investigadores a colaboraciones y pensamientos interdisciplinarios, pues de acuerdo con este modelo, se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. Las interacciones profesionales de la relación salud- paciente son fundamentales para lograr la adhesión de éste al tratamiento. A su vez, lograr que la terapia sea eficaz y reducir el tiempo de recuperación de la enfermedad, es decir, la práctica médica debe integrar, de manera definitiva, las variables biológicas, psicológicas y socioambientales de cada una de las etapas del proceso terapéutico. (Oblitas, 2004)

En resumen, el modelo biopsicosocial marca las pautas para que los profesionales dedicados a la salud comprendan los factores sociales y psicológicos que contribuyen a una enfermedad para tratarla de forma apropiada. En el caso de un individuo saludable el modelo biopsicosocial sugiere que se pueden entender los hábitos de salud dentro de su contexto psicológico y social. Estos contextos pueden mantener un hábito de salud pobre o, con las modificaciones apropiadas, pueden facilitar el desarrollo de hábitos saludables. (Taylor, 2007)

Concepto de Salud

Etimológicamente, el término salud proviene del latín *salus*, haciendo referencia al funcionamiento psicobiológico normal de la persona. En nuestro idioma fue definido por la Real Academia Española como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. (Ballester, 1997)

La población en general tiene la representación mental de la salud como ausencia de la enfermedad, la cual es afectada por las alteraciones del cuerpo humano o del medio ambiente. Los procedimientos quirúrgicos, los medicamentos o los remedios cura contribuyen al bienestar de la persona, además de la concepción de que los problemas de salud residen en factores internos como el funcionamiento del cuerpo humano, la predisposición genética y la responsabilidad individual; en cambio, los factores externos (contexto económico, político, social y cultural) juegan una interacción directa o indirecta sobre la salud incluyendo los servicios hospitalarios del país. (Louro 2013)

Como se mencionó anteriormente, la salud ha estado definida en términos negativos como la ausencia de enfermedad e invalidez. En la actualidad, cada vez son más los autores que coinciden en que esta definición de salud no corresponde con la realidad por tres razones básicas: en primer lugar, porque para definir la salud en términos negativos habría primero que definir el límite entre lo normal y lo patológico (y esto no siempre es posible). En segundo lugar porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo y lo que sea considerado normal puede que no lo sea en una época posterior. Y por último, porque las definiciones negativas no suelen adaptarse bien a las ciencias sociales. (Salleras, 1985 citado en Ballester 1997)

A mitad del siglo XX, durante e inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, hubo grandes tendencias que culminaron en la formulación de un nuevo concepto de Salud (Stone, 1979, citado en Ballester 1997). Dado que además de ausencia de enfermedad y de malestar o sufrimiento asociados a la misma, la

salud implica diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicosocial, de calidad de vida, de funcionamiento cotidiano, de protección hacia posibles riesgos de enfermedad, de desarrollo personal, etc., en la actualidad se va tendiendo a conceptualizar la salud de forma positiva y no como la ausencia de un estado negativo. (Simón, 1999)

Un exponente de esta tendencia es la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, 1948, en Morrison y Bennet, p. 15, 2008). Según estos autores “Esta definición considera que los individuos se merecen, en un mundo ideal, estar en un estado positivo, tener una sensación general de bienestar y de funcionamiento pleno” (2008 pp. 15). Se trata de una definición holística y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino también social. (Alcántara, 2008)

A partir de esta concepción varios autores han definido a la salud como algo más que la ausencia de enfermedad, algunos de ellos sostienen que desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Uno de estos autores es Milton Terris, quien definió salud en 1975 como aquel estado de bienestar físico, mental, social y de habilidades para funcionar, y no solo como la ausencia de enfermedad o de dolencias.

Según Brenner y Wrubel, (1989, citado en Oblitas, 2004) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercepción que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada. Para San Martín (1982, citado en Oblitas, 2004) nuestro bienestar biológico, mental y social no es un mero accidente en nuestra vida, ni un premio o castigo que nos cae del cielo, sino que corresponde con situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas, que nosotros mismos, a través de nuestra historia hemos provocado.

En el X Congreso de Medicina y Biología llevado a cabo en Valencia en 1976, se realizó una propuesta de definición de salud relacionada a otros aspectos

adicionales al de bienestar: “La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa”. Desglosando la palabra “autónoma” como tener la capacidad de ser independiente a lo largo de la vida, aumentando la responsabilidad de los individuos y la comunidad de su propia salud; entendiendo la “solidaridad” como la preocupación por los otros y el entorno; mientras “gozosa” recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades. (Orozco, 2006)

Alessandro Seppilli, propuso una definición de salud desde una perspectiva dinámica: “la salud es una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social”. (1971 citado en Lopategui, 2009)

Según Oblitas (2004), en el concepto de salud están implicadas las distintas partes de un sistema, constructo que está relacionado con la interconexión e integración de múltiples niveles. A partir del modelo bio-psicosocial de Engels y la Teoría de Sistemas de Bertalanffy, en la cual se sostiene que constituimos una unidad como sistemas individuales e interconectados con el mundo que nos rodea, ya que formamos parte de una totalidad mayor que el ambiente físico y social, del planeta y del universo, se concibe a la salud como un estado y a la vez como un proceso dinámico cambiante, relacionado también con la adaptación, ya que continuamente se sufren alteraciones en el medio interno, físico y psicológico, así como en las relaciones interpersonales, las cuales suponen constantes y permanentes reestructuraciones de los esquemas internos. (Oblitas, 2004)

La salud “es un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo, en relación con factores biológicos, medios ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y los de la sociedad en el cual se encuentra inmerso”. Si alguno de estos elementos llega a modificarse, en consecuencia afectará a los otros hasta encontrar un nuevo equilibrio humano. De este modo, la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social, y de capacidad de funcionamiento que permiten

interactuar con los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. (Orozco, 2006, p. 9)

El Dr. Canguilhem, definió la salud como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. Por lo cual mantener ese equilibrio requiere de los factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se concentran para sostener esa armonía, siendo la capacidad de vivir como individuo de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana de la animal. (Orozco, 2006).

Según Louro (2013) la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con la capacidad de funcionamiento, que incluye la calidad de vida, y la interacción de las condiciones sociales dignas y seguras para el ser humano.

Otras escuelas de pensamiento, determinan la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales, sociales y espirituales. Para autores como Barro (1996, en Orozco, 2006), la salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Mushkin y Grossman (1962, 1972 citado en Orozco, 2006), establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión.

En el presente trabajo se tomará como base la definición de Simón (1999), la cual apoya una concepción dinámica de la salud, aplicable tanto a individuos como a colectivos. Donde la salud es un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, sociales, económicas y culturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el

correspondiente bienestar psicosocial. La enfermedad es la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales.

Con todo esto, el concepto de salud actualmente asumido surge de un modelo interaccionista (relación entre el organismo y el ambiente), dado que el modo en que la persona se sitúa en su contexto social tiene una importancia considerable. Por lo tanto, la salud requiere un abordaje desde la interdisciplinariedad, por estar enmarcada en el área de intersección de diversas ciencias, tanto naturales como sociales. Se trata de un área de conocimiento que intenta estudiar lo que se denomina como sistema global, en tanto “investigar uno de tales sistemas significa estudiar un trozo de la realidad que incluye aspectos físicos, biológicos, sociales, económicos y políticos”. (García, 1996, p. 52 en Alcántara, 2008)

Psicología de la Salud

NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La salud es un asunto de vital importancia, en las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud, para desarrollarla en vez de sólo conservarla. Tradicionalmente el énfasis se encontraba en lo curativo, dando como un hecho la prevención y la promoción de la salud. Actualmente, cuando se refiere a la salud de una persona se piensa en el bienestar del mismo a nivel biológico, psicológico y social. Es en este contexto interesado por un modelo holístico de salud, donde surge el nacimiento formal de la Psicología de la Salud. (Oblitas, 2006).

Según Amigo et al. (2009) son tres las razones que suelen plantearse como causas particulares de la emergencia de la Psicología de la Salud. La primera se refiere al cambio en la preocupación sanitaria que se ha suscitado desde mediados del siglo XX, el cual ha evolucionado de las epidemias por enfermedades infecciosas (controladas actualmente por los antibióticos), a los trastornos de cáncer crónico cuya etiología es multicausal, que están ligados al

estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. En el origen de estas enfermedades crónicas se encontró que los factores sociales y psicológicos, el estrés cotidiano y los comportamientos muestran los estilos de vida. Esto quiere decir, que la salud de la persona ya no sólo depende de lo que tiene o no tiene (en el sentido de substrato biológico), sino cómo el sujeto interpreta, siente y responde a las demandas de la vida, por lo tanto se debe tener un papel activo y responsable en el control de aquellos factores que afectan su salud (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004). El incremento de este tipo de enfermedades es producto de comportamientos y hábitos poco saludables que facilitan su aparición.

La segunda razón se refiere al cambio en los estilos y hábitos de las personas que contraen enfermedades crónicas (por ejemplo una adecuada adhesión a los tratamientos médicos) que repercuten también en su calidad de vida.

Finalmente, la perspectiva del modelo biomédico es insuficiente tanto para entender como para tratar los problemas de salud, resulta necesario tomar en cuenta también los factores psicosociales y ambientes que influyen en el proceso de salud- enfermedad.

Oblitas (2006) agrega que otra razón importante es la cantidad importante de los costos del cuidado de la salud, los cuales van destinados a reparar daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables. Por lo tanto, factores económicos junto con el cambio en los patrones de enfermedad han provocado un giro hacia medidas preventivas y especialmente en cambiar las conductas no saludables.

Para León et al., (2004) la emergencia de crear este nuevo campo de la Psicología, es analizar la influencia de las variables psicosociales sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, la forma en que éste coadyuva a la calidad de vida de las personas, y como éstas responden cuando están enfermas.

Por estas razones y en pleno desarrollo de esta perspectiva acerca de los problemas relacionados con la salud, la Psicología de la Salud fue formalmente

reconocida en 1979 cuando la Asociación Americana de Psicología (APA por su siglas en inglés) aprobó la formación de la División de la Psicología de la Salud (Sheridan y Radmacher, 1992).

DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Como un primer acercamiento, esta disciplina puede ser definida como el estudio científico de los factores psicológicos relacionados con 1) la promoción de la salud, 2) la prevención, 3) el tratamiento y 4) la rehabilitación de la enfermedad. Se trata de una disciplina con una vocación aplicada, donde se emplean los principios y métodos científicos de la Psicología con el fin de mejorar la salud de las personas, prevenir o erradicar la enfermedad y, cuando ésta sea inevitable, aminorar los efectos sobre el bienestar personal. Sin olvidar, el análisis y avances de los sistemas de vigilancia y cuidado de la salud, así como la formulación de políticas de salud, pues estos aspectos son esenciales para lograr los objetivos antes mencionados. (León et al., 2004)

La psicología de la salud puede abordar preguntas como por qué algunas personas se comportan de forma saludable y otras no; integrando teorías y explicaciones cognitivas, del desarrollo y sociales, aplicándolas exclusivamente a la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud. (Morrison y Bennett, 2008)

Según Taylor (2007), la Psicología de la Salud está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, por qué se enferman y cómo responden cuando se enferman. Además de estudiar estos tópicos, promueve intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o para reponerse de las enfermedades.

Como se puede apreciar en las definiciones de la misma (véase Tabla 1), la Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la Psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud, incluyendo a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como al análisis y mejora del sistema sanitario y políticas de salud, consistentes en la investigación de aquellos

factores comportamentales en la preservación de la salud para su elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos. (Simon, 1999)

Tabla 1. Definiciones de Psicología de la Salud

Autor (es)	Definición
Stone (1979)	La psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones.
Matarazzo (1980)	Agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y el tratamiento de la enfermedad; y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Tabla 1. (Continuación)

Autor (es)	Definición
Gatchell y Baum (1983)	Disciplina relativamente primaria de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual.
Torres y Beltrán (1986)	Por psicología de la salud debe entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda.
Bloom (1988)	La psicología de la salud tiene que ver con el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad.
Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988)	La psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud.

Tabla 1. (Continuación)

Autor (es)	Definición
Rodríguez y Palacios (1989)	La psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología, y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto.
Sarafino (1990)	Campo de la Psicología introducido a finales de los 70, para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario.
Carrobles (1993)	Especialidad de la psicología que se centra en los problemas de la salud, sean físicos o médicos, con el objeto de prevenir su ocurrencia o de procurar su rehabilitación, siempre con base en los conocimientos, principios y la metodología científica, añadiendo que el comportamiento constituye uno de los determinantes principales, tanto de la salud como de muchas enfermedades.

Tabla 1. (Continuación)

Autor (es)	Definición
Simón (1993)	Confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud, como a la prevención y tratamiento de la enfermedad.
Marks (1995)	La aplicación de la psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma.
Morales (1997)	Por psicología de la salud debería entenderse a la rama aplicada de la psicología, dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud.

Fuente: Adaptación de Piña y Rivera (2006) y Godoy (citado en Simon, 1999)

Algunas disciplinas relacionadas son la Psicología Médica y la Medicina Psicosomática, algunas de las diferencias entre éstas y la Psicología de la Salud son el enfoque que se tiene hacia la salud. Estas disciplinas determinan la salud como la ausencia de la enfermedad y la provisión de la asistencia profesional

como las únicas vías de las acciones de salud. En cambio la Psicología de la Salud, entiende como salud lo que es el bienestar físico, mental y social, de esta forma, abarca más allá de las acciones de salud o la provisión de los cuidados profesionales, enfocándose hacia la mejora de las condiciones de vida y la educación de las personas para afrontar las demandas de sus vidas. (León et al., 2004)

En sí, ésta disciplina se preocupa de todos los aspectos de la salud y la enfermedad a lo largo del ciclo vital (Maddux, Roberts, Sledden y Wright, 1986; citados en Taylor 2007), aumentando su interés en conocer los avances biológicos, así como estudiar el impacto de los síntomas y la calidad de vida del paciente, por estas razones los psicólogos de la salud se enfocan en la promoción y mantenimiento de la salud. También estudian los aspectos psicológicos en la prevención, tratamiento de enfermedades, el impacto de las instituciones, el comportamiento de las personas y desarrollan recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud. (Taylor, 2007)

En la formulación de Matarazzo, (1980; citado en Amigo et al., 2009) se recogen las cuatro líneas de trabajo fundamentales de un psicólogo de la salud:

- 1) La promoción y el mantenimiento de la salud
- 2) La prevención y el tratamiento de la enfermedad
- 3) La etiología y los correlatos de la salud
- 4) La enfermedad y las disfunciones, en conjunto con el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud

Krantz (1985, citado en Ballester, 1997) señala tres puntos de relación entre ambos aspectos:

- a) La ocurrencia de comportamientos que pueden tener efectos fisiológicos directos que afectan al estado de salud,
- b) Los estilos de vida y hábitos diarios que pueden hacer peligrar la salud o potenciar la enfermedad a medio o a largo plazo, y

- c) La forma en que las personas perciben y se enfrentan a la enfermedad, que puede convertirse en un factor de facilitación o empeoramiento del proceso.

Por consiguiente, los propósitos del estudio y desarrollo de la Psicología de la Salud son los siguientes (León et al., 2004):

- La realización de un marco teórico para facilitar:
 - La evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad.
 - La predicción de las conductas protectoras y de riesgo para la salud.
 - La comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad y en el tratamiento y rehabilitación de la misma.

- Poner en práctica dicho marco teórico para:
 - La promoción de estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad.
 - El tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación del paciente.
 - La mejora de los servicios de salud.

El principal reto al que se enfrenta la Psicología de la Salud es responder ante la crisis profunda de los servicios de salud que evidencia la extenuación del modelo biomédico para entender la salud y la necesidad de una renovación de la conceptualización de ésta, más apegada a los nuevos datos epidemiológicos y de las investigaciones en las Ciencias de la Conducta en los últimos años, lo que implica aceptar que los determinantes de salud son múltiples e interactúan entre sí. (León et al., 2004)

Cabe destacar entonces, el cada vez menos indiscutible y destacado papel del comportamiento en la salud, lo que ha dado lugar al campo de investigación e intervención de la Psicología de la Salud. El énfasis en ésta nueva área se sitúa

en la prevención, enfocando sus intervenciones en la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados. (Oblitas, 2006)

La salud como comportamiento

Actualmente es cada vez mayor la evidencia del peso que ejerce nuestra conducta, nuestros estados psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre nuestra salud. Existe una clara relación entre la conducta de las personas y su estado general de salud; es decir, el estilo y la calidad de vida determina cómo se siente la persona en términos de salud (Oblitas, 2006). Esta relación ha quedado demostrada durante décadas de investigación donde se ha analizado el estilo de vida y la conducta individual tratando de identificar relaciones entre éstas y el desarrollo de enfermedades. (Morrison y Bennett, 2008)

Según Bayes (1979; citado en Oblitas, 2006), las diez principales causas de muerte en los países desarrollados se encuentran determinados en gran parte por factores de conducta que podrían prevenirse si las personas mejoraran tan sólo cinco comportamientos como son la dieta, el hábito de fumar, el ejercicio físico, el abuso de alcohol y de fármacos hipotensores. Este tipo de hábitos producidos por la forma de vida en las urbes y por la sociedad de consumo, son nocivos para la salud, tanto física como psicológica.

De acuerdo con la definición de Kasl y Cobb (1966; citado en Amigo et al., 2009) las conductas de salud son aquellas que la persona manifiesta, mientras se encuentra sana, con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarlas en una etapa asintomática. Éstas incluyen un amplio abanico de comportamiento, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, hasta comer adecuadamente.

Esta definición estaba influida por una perspectiva médica, ya que supone que las personas sanas realizan determinada conducta con la única intención de prevenir la aparición de una enfermedad. No obstante, ya sea intencional o no, la realización de una conducta de salud puede prevenir enfermedades y la progresión de una enfermedad una vez establecida. Ésta perspectiva fue

reconocida por Harris y Guten (1979, citados en Morrison y Bennett, 2008), en la que una de conducta de salud es aquella que realiza un individuo, independientemente de su percepción de estado de salud, con el fin de proteger, promover y mantener su salud.

Según León et al. (2004), la conducta de salud son los esfuerzos por reducir las conductas patógenas y a su vez, fomentar la práctica de las conductas protectoras de la salud.

Matarazzo por su parte, elaboró aún más definiciones de conducta de salud. Afirmó que las personas pueden desarrollar conductas que las hacen más susceptibles a la enfermedad, como por ejemplo fumar, beber alcohol, etc., son causas de muertes y factores de riesgo asociados, a estas conductas las denominó patógenos conductuales. No obstante, las personas también pueden desarrollar comportamientos que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad, a estos comportamientos los denominó inmunógenos conductuales. (Matarazzo, 1984; citado en Oblitas, 2006)

A continuación se presentan las conductas patógenas.

Tabla 2. Listado de conductas patógenas o de riesgo para la salud. (Bishop 1994, citado en León et al., 2004)

<p>Actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No hacer ejercicio físico ▪ Realizar esfuerzos físicos bruscos ▪ Agotarse físicamente 	<p>Alimentarias</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abusar de alimentos dulces, salados o grasos ▪ Comer en exceso ▪ Picar entre comidas ▪ No seguir una dieta equilibrada ▪ Comer demasiado rápido ▪ No vigilar el peso ▪ Saltarse comidas arbitrariamente
<p>Amigos y entorno social</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No disponer de tiempo para relacionarse ▪ Romper la comunicación con vecinos y conocidos ▪ Desinterés por actividades recreativas 	<p>Descanso</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasnchar ▪ Dormir pocas horas ▪ Dormir en exceso

Tabla 2 (Continuación)

<p>Drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fumar ▪ Beber alcohol ▪ Consumir cocaína, heroína, etc. 	<p>Pareja y familia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de comunicación ▪ Discusiones frecuentes ▪ Aficiones de tiempo libre incompatibles ▪ No afrontar los problemas cotidianos
<p>Higiene Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No cepillarse los dientes después de las comidas ▪ No ducharse diariamente ▪ Descuidar higiene de cabello, pies, ojos, etc. ▪ No lavarse las manos antes de comer ▪ Descuidar la limpieza de la ropa 	<p>Relaciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insatisfacción sexual ▪ Mala planificación de las relaciones sexuales ▪ Inestabilidad: falta de seguridad o higiene ▪ Promiscuidad sexual
<p>Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malas relaciones con compañeros, jefes, etc. ▪ Insatisfacción con el tipo de trabajo ▪ Participar en conflictos laborales 	<p>Otros comportamientos de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conducción temeraria ▪ Falta de medidas de seguridad en el trabajo ▪ Comportamientos de riesgo doméstico

A continuación se revisaran algunas de éstas conductas denominadas de riesgo.

CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es la segunda sustancia psicoactiva más utilizada en el mundo, y aunque se considera comúnmente como un estimulante, es un depresor del sistema nervioso central. Una dosis reducida provoca desinhibición conductual, mientras que dosis altas provocan un incremento de hasta 25 veces la probabilidad de padecer un accidente, afectaciones a la respiración e incluso inducir un estado de coma y la muerte. (Morrison y Bennett, 2008)

Según el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014 (OMS, 2014):

- Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.
- El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.
- Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.

El consumo de alcohol está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito. (OMS, 2014)

La panorámica actual, según la “Investigación social y cultural sobre el consumo del alcohol y el alcoholismo en México” del Dr. Luis Alfonso Berruecos Villalobos (2006) en el país se consume alcohol tanto de manera regular y responsable como en exceso, pero la mayoría de los individuos han caído desafortunadamente en la enfermedad llamada alcoholismo. A continuación se presentan algunos datos relevantes de esta investigación:

- Más del 13% de la población presenta síndrome de dependencia al alcohol.
- 12.5 % son hombres y 0.6% son mujeres entre 18 y 65 años de edad.
- El alcoholismo es el principal causante de accidentes con un 70 %, 60 % de los traumatismos.
- El 80 % de los divorcios están asociados del alcoholismo.
- El 60 % de los suicidios están vinculados con el alcoholismo.

FUMAR

Después de la cafeína y el alcohol, la nicotina es la siguiente droga psicoactiva más utilizada en la sociedad actual. Aunque el consumo de tabaco recibe una gran cantidad de publicidad negativa debido al número de fallecimientos relacionados, la nicotina es una droga legal. (Morrison y Bennett, 2008)

Los productos del tabaco contienen alquitranes carcinogénicos y monóxido de carbono que se considera son los responsables del 30% de los casos de enfermedades cardiovasculares, el 90% del cáncer de pulmón y el 80% de los casos de enfermedades crónicas de obstrucción de las vías respiratorias. Los alquitranes obstruyen el sistema respiratorio al congestionar los pulmones, y por ello es uno de los principales factores que contribuyen a la elevada prevalencia de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. (Morrison y Bennett, 2008)

De acuerdo con las estadísticas a propósito del Día Mundial sin Tabaco del año 2013, (INEGI) durante 2011 en México, 29 de cada 100 muertes se deben a enfermedades relacionadas con el tabaco. En 2011, la población mexicana muere principalmente por enfermedades isquémicas del corazón, 45.3% en los hombres y 42.3% en las mujeres.

Un problema de salud pública mundial es el consumo de tabaco. Según la Organización Mundial de la Salud (citado en Kuri, González, Hoy y Cortés, 2006), el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; esto supone casi cinco millones de muertes cada año. Los cálculos de la OMS señalan que para el año 2020 causará el doble de defunciones que las actuales, esto es, cerca de 10 millones de muertes. Además señala que el consumo de tabaco es factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo y responsable del fallecimiento del 50% de las personas que lo consumen. El Atlas del Tabaco (2012) menciona que las muertes asociadas al tabaco están directamente relacionadas con su prevalencia de consumo y a la exposición de la población al humo de segunda mano, en su hogar, trabajo y lugares públicos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2013)

CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO

La conducta sexual es un factor de riesgo para contraer diversas enfermedades de transmisión sexual (ETS), como el contagio del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).

En el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA. (Espada, Quiles, y Méndez 2003; citados en Molina, Odio, Duarte y Guevara 2009)

En este ámbito de la sexualidad humana, se ha reportado que son diversos los factores que se asocian a las prácticas sexuales de riesgo, entre los que se encuentran la falta de competencias para el ejercicio de una sexualidad responsable, el inicio temprano de la actividad sexual, la baja percepción de riesgo, las presiones de grupo, el número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y de sustancias psicoactivas, así como la inadecuada información que se tiene respecto a las ETS, entre otros factores que ubican a los jóvenes en una situación de vulnerabilidad. (OnuSida, 2006, citado en Uribe, Garrido y Rodríguez 2011)

Diversos estudios muestran que una proporción importante de adolescentes mexicanos practican relaciones sexuales exponiéndose a enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no planeados (Caballero, 2001, Gayet y cols. 2003 citado en Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry y Yan Zhou, 2008). La mayoría (92.3%) de los casos de SIDA reportados se infectó en la adolescencia o juventud y en 78% de ellos fue por contacto sexual. Asimismo, 17.4% de los nacimientos en 2005 correspondió a madres adolescentes. (Gallegos et al.)

A nivel nacional y de acuerdo con el Centro Nacional para la prevención y control del VIH-Sida (CenSida), en México en el 2011, el 93.8% de los nuevos casos de VIH/Sida en jóvenes de 15 a 29 años se infectaron por vía sexual, y son ahora el primer grupo de edad, seguido del grupo de mayores de 30 años con un 91.2% de

infecciones, lo que permite plantear que la actividad sexual fue llevada a cabo sin el uso del condón o usándolo de forma incorrecta. (Uribe et al., 2012)

Por otra parte, se revisará la evidencia relativa a los beneficios de las conductas inmunógenas o comportamientos protectores de la salud.

DIETA SANA

Entre las políticas públicas que los países iberoamericanos están adoptando, o ya han hecho suyas, está la de priorizar la promoción de la salud, no sólo para prolongar la longitud de la vida, sino para mejorar su calidad. Una forma efectiva de contribuir a la prevención de las enfermedades prevalentes es la promoción de estilos de vida saludables, como una alimentación adecuada. (Lutz y Edel, 2009)

Lo que comemos desempeña un papel importante sobre nuestra salud y nuestro estado de enfermedad a largo plazo. Existe la evidencia de que el 35% de los fallecimientos a causa de cáncer se pueden atribuir, en parte, a una mala dieta, en especial a dietas con excesiva ingesta de alimentos con alto contenido en grasas, sal y poca fibra. (Fundación Mundial de Investigación en Cáncer 1997, citado en Morrison y Bennett, 2008)

De los diez factores de riesgo identificados por la Organización Mundial de la Salud como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico: obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo ineficiente de frutas y verduras. (Morrison y Bennett, 2008)

La palabra dieta proviene del término griego *diaita*, que significa “modo de vida”. En definitiva, todo ser vivo tiene su propia dieta (OMS 2004, en Lutz y Edel 2009). La principal función de la dieta es aportar los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades o requerimientos nutricionales de cada persona. También se deben atender las distintas necesidades o requerimientos nutricionales por las que transita el ser humano en las diferentes etapas de la vida, puesto que condicionan su dieta, como la lactancia, niñez, adolescencia, embarazo, menopausia, vejez.

Todas las fases de la vida requieren de una adecuación de la dieta a las necesidades propias de cada condición fisiológica. (Lutz y Edel, 2009)

EJERCICIO FÍSICO

El término “actividad física” hace referencia a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal. En los últimos años se ha profundizado cada vez más en el estudio de la actividad física, tanto en los efectos saludables de su práctica habitual como en la relación que su ausencia mantiene con el desarrollo, mantenimiento y agravamiento de diversas enfermedades crónicas. (G. M. Martínez, Martínez y Cenarruzabeitia, 2003)

La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). Sólo la superan la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%) y el exceso de glucosa en la sangre (6%). El sobrepeso y la obesidad representan un 5% de la mortalidad mundial. (OMS, 2009)

Entre los objetivos de la “Salud para todos en el año 2010”, la OMS incluye la reducción de la prevalencia de sobrepeso- obesidad, así como aumentar la proporción de individuos que realizan actividad física moderada a forma regular.

El ejercicio físico se suele considerar como protector de la salud, reduciendo el riesgo de un individuo de desarrollar problemas y enfermedades, tales como las cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo II, la obesidad y algunos tipos de cáncer. (Kohl, 2001, OMS, 2002, citados en Morrison y Bennett, 2008)

Otro campo de la medicina, en la cual la actividad física está mostrando importantes beneficios es la Oncología. Las evidencias actuales indican que la actividad física se asocia a una disminución del riesgo de cáncer de colon. Tal vez la actividad física en sí misma, como única medida contra el cáncer no sea capaz de prevenir el desarrollo de un tumor, dado su carácter multicausal, y por lo tanto controlar un factor de los múltiples de riesgo, no evita el desarrollo de la

enfermedad, pero no cabe duda de que constituye un pilar importante como base de un estilo de vida saludable. (Martínez et al., 2003)

Una revisión de la evidencia de varios estudios prospectivos observacionales ha sugerido que el ejercicio habitual puede reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares relacionado con el peso corporal excesivo. (Balir y Brodney, 1999, citados en Morrison y Bennett, 2008)

El ejercicio también es protector contra el desarrollo de la osteoporosis, ya que se pueden obtener beneficios adicionales en cuanto a fortaleza muscular, coordinación y equilibrio con ejercicios de fortalecimiento, que a su vez, benefician a los individuos de más edad reduciendo el riesgo de caídas y probables fracturas óseas. (Morrison y Bennett, 2008)

Se ha relacionado también el ejercicio físico con beneficios psicológicos. Por ejemplo, para algunos individuos la imagen personal y la autoestima pueden mejorar gracias a que hacer ejercicio contribuye a perder y controlar el peso. Otra vía potencial hacia el bienestar puede verse en los que utilizan el ejercicio como una forma de afrontar el estrés, ya que puede actuar como una distracción positiva en los momentos negativos y estresantes. (Morrison y Bennett, 2008)

Una gran parte de los estudios manifiestan que las conductas de salud son inestables, es decir, la permanencia en el repertorio de la conducta de las personas a lo largo del tiempo es efímero. Aunado a que de cierta forma son autónomas, en otras palabras, la relación entre diferentes conductas de salud en una persona es escasa o nula. (León et al. 2004)

Para Taylor (2007) la inestabilidad y la relativa independencia de las conductas de salud se deben a:

- *Especificidad situacional.* Distintas conductas de salud caen bajo el control de diferentes factores en una misma persona.
- *Diferencias individuales.* Diferentes factores pueden estar controlando la misma conducta en varias personas.

- *Evolución de la conducta.* Aquellos factores que controlan una conducta de salud pueden cambiar a lo largo de la historia del comportamiento.
- *Evolución de la persona.* Los factores que controlan una conducta pueden cambiar a lo largo del ciclo vital de una persona.
- *Diferencias interindividuales en la evolución de la conducta y de la persona.* Los patrones de conducta saludable, su desarrollo y los factores que los controlan a lo largo del tiempo también pueden variar de forma sustancial entre distintas personas.

Los determinantes de la Salud y las conductas de salud

En la Salud interactúan diversos factores, ya que ésta es dinámica y no estática, como algunas definiciones la catalogan. Con el avance de la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, una gran mayoría de estos factores pueden modificarse. (Ávila, 2009)

La OMS realizó una publicación en 1987, donde ampliaba la definición de salud, y enfatizaba la relación de la salud de las personas con la sociedad. La salud es resultado de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso y posesión de tierra, y acceso a los servicios de salud. Estos factores pueden generar desigualdades en los niveles de vida, ya que se alteran los resultados de la organización social y la producción. (Caponi, 1997)

Para Ávila (2009, p.71), ministra de Salud en Costa Rica, los Determinantes de Salud son “un conjunto de elementos condicionantes de la salud y enfermedad en individuos, grupos y colectividades”.

En 1974 el Ministro canadiense de Salud, Mark Lalonde (citado en Ávila, 2009) estableció un modelo de Salud Pública explicativo de los determinantes de la salud, desarrollándose de la siguiente manera:

- Estilos de vida y conductas de salud
 - Toma de decisiones
 - Psicosocial
 - Hábitos de vida
- Biología humana
 - Herencia
 - Maduración y envejecimiento
 - Sistemas Internos complejos
- Medio ambiente
 - Físico
 - Químico
 - Biológico
 - Psicosocial
 - Cultural
- Sistema de asistencia sanitaria
 - Prevención
 - Curación
 - Restauración

Desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, la comprensión del hecho de que la conducta es predictiva de la mortalidad no es suficiente, también tenemos que comprender los factores psicológicos y sociales que contribuyen a que se realice una conducta de riesgo o a que se evite una conducta preventiva. (Morrison y Bennett, 2008)

Los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes sino que están insertos en un determinado contexto o entramado social, formando unos determinados estilos de vida; resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven cambios ambientales adecuados. (Perea, 2011)

Respecto a esta perspectiva psicológica, Amigo et al., 2009 destacan la influencia de variables como el contexto social, la percepción del síntoma, los estados emocionales y las creencias sobre la salud.

En cuanto al contexto social un ejemplo notable sería la influencia de las relaciones sociales en el cuidado de la salud, ya que el contar con una red de apoyo social propicia a evitar las conductas de riesgo y promueve el comportamiento saludable. La adopción de un comportamiento de salud es un proceso y no un estado, donde existe la posibilidad de recaer en aquellos hábitos de riesgo, con la dinámica e influencia de las situaciones sociales, donde podemos enfrentarnos en contextos en pro de la salud o viceversa. (León et al. 2004)

La percepción del síntoma tiene influencia en el comportamiento, ya que en el momento en que las personas notan síntomas inesperados deciden iniciar cambios en ciertas conductas de salud, los cuales constituyen una manera de reducir el riesgo percibido.

Los estados emocionales también modifican las conductas de salud, según Becoña, Palomares y García (1994; citados en Amigo et al., 2009). Las situaciones de ansiedad o aburrimiento pueden ser potenciales en la conducta de fumar.

Por último, las creencias que tienen las personas sobre la salud también influyen en sus hábitos. Una clase de creencias que puede influir en las prácticas de salud son las relacionadas con la vulnerabilidad percibida por el propio sujeto. En general, las personas tienden a ver el futuro de su salud de un modo muy optimista y poco realista, lo cual constituye una importante barrera psicológica para modificar los hábitos de salud.

Para León et al. (2004) las creencias de los pacientes son algunos de los factores importantes que influyen al momento de seguir con el tratamiento médico, algunos ejemplos son:

- La percepción de los pacientes sobre la gravedad de su enfermedad
- La creencia del paciente de que su comportamiento no lo beneficiará
- Una pobre y deficiente comunicación con el profesional de la salud
- La falta de apoyo social

Prevención primaria y Promoción de la salud

OBSTÁCULOS DE LA PREVENCIÓN DE LA SALUD

Para entender los problemas de la atención primaria, es preciso recordar que la salud está determinada por factores estructurales (biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos) y mediada por normas culturales. Esto tiene que ver con la distribución de los recursos materiales y sociales, con aspectos tales como edad, género, clase social, grupo étnico, ocupación, nivel educativo.

Las principales causas de los problemas de salud se deben a las condiciones socio-económicas de la población. Las políticas públicas en contraste con estas evidencias, permanecen con las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin establecer adecuadamente las intervenciones sobre las “causas de las causas”, como sería las acciones sobre el entorno social. Las consecuencias son que los problemas sanitarios persisten, las inequidades en salud atención sanitaria han aumentado y las intervenciones en salud centradas en lo curativo continúan siendo insuficientes. (Ávila, 2009)

Es una realidad que las personas menos favorecidas son las que padecen de los recursos sanitarios básicos y del sistema de salud por ende. En contraste, los niveles socio económicos medio y alto, tienen un índice menor de mortalidad y enfermedad (Ávila, 2009). En México, es un tema la falta de atención y de sensibilidad de los hospitales del Estado, ya que últimamente y gracias a las redes sociales, dan a conocer al momento la negligencia e indiferencia del personal

hospitalario para atender a la población que llega en un estado muy crítico y finalizan con la muerte de aquellos sin la más mínima atención.

El informe de la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS (2008) lo describe de la siguiente manera: “La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural” (Ávila, 2009, p. 72,)

Abordando una visión general de la promoción de la salud siendo ésta como una filosofía que se centra en la idea de que la buena salud, o el bienestar, es un logro personal y colectivo. A continuación mostraremos los diferentes enfoques.

Tabla 3. ¿Qué significa Promoción de la Salud? (Taylor, 2007)

Individuo	Es el desarrollo de un programa de hábitos de buena salud a observar durante su adultez y vejez.
Médico	Enseñar a las personas la mejor manera de lograr este estilo de vida sana y ayudar a la población en riesgo a un determinado problema de salud, al adquirir conductas que compensen o controlen esos riesgos.
Psicólogo	Es desarrollar intervenciones que ayuden a las personas a poner en práctica conductas saludables y modificar conductas inadecuadas.
Comunidad – Políticos	Implica dar especial importancia a la buena salud, a la capacidad de información para ayudar a las personas a desarrollar y conservar estilos de vida sanos, y la disponibilidad de recursos, medidas e instalaciones que ayuden a las personas a modificar hábitos inadecuados de vida.

La promoción de la salud es un tema prioritario en Psicología de la Salud, y se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable (Oblitas, 2006). En cambio, la prevención de salud, tiene la finalidad de reducir o eliminar aquellas conductas que suponen un riesgo para nuestra salud, así como modificar los factores ambientales que pueden ponerla en riesgo (Barriga, León et al., 2004).

Aunque habitualmente los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se presentan como dos tareas diferentes, la realidad es que el contenido de ambos términos se solapa frecuentemente (Amigo et al., 2009). Resultaría difícil encontrar una estrategia de prevención que no sirviese al mismo tiempo para la promoción de la salud, y viceversa, todas aquellas intervenciones que se orientan a potenciar la salud sirven para prevenir la enfermedad (Gil Roales-Nieto, 1996 citado en Amigo, Fernández y Pérez, 2009). Ambas tienen por objetivo capacitar a los individuos y a la comunidad para controlar los determinantes de la salud, los cuales son el comportamiento y el medio ambiente, tanto físico como social (León et al., 2004). Esto obliga a orientar a los servicios sanitarios especializados en el tratamiento, la prevención y la rehabilitación en llevar a cabo las siguientes acciones: 1) el cambio de actitudes para la adopción de comportamientos saludables, 2) el análisis de la relación personal de salud-paciente con el objeto de lograr la adherencia de éste a regímenes médicos de larga duración debido a la cronicidad de las enfermedades y 3) el desarrollo de procedimientos eficaces para la modificación de comportamientos de riesgos (León et al., 2004).

Desde la prevención primaria se habla de dos estrategias (Amigo et al., 2009); la primera se centra en la modificación de los hábitos insanos, como lo son la dieta, el consumo de tabaco y alcohol; la segunda estrategia se centra en la prevención de esos hábitos insanos.

Con base en estos conceptos, la promoción de la salud es toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida y el más alto nivel de salud posible. Ello implica controlar los

determinantes externos del bienestar, que satisfacen las necesidades básicas de los seres humanos (empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación, capacitación, justicia, y un ecosistema apto para la vida). (Oblitas, 2006)

Para Simon (1999), la promoción de la salud supone un cambio revolucionario en el eje salud-enfermedad dirigido fundamentalmente, hacia la investigación sobre cómo se adquieren las creencias, actitudes, motivaciones y conductas pro salud y a la elaboración y puesta en práctica de los programas adecuados para la implantación y mantenimiento de las mismas.

Según Noack (1987; citado en Simón, 1999) dos son las posibles aproximaciones en la promoción de la salud:

- a) Las aproximaciones centradas en el individuo, esto es, la mejora del potencial de salud de los sujetos individuales, lo que correspondería al tipo de actuaciones propio de la tradición clínica (nutrición adecuada, ejercicio físico, inmunización contra agentes infecciosos, información sobre salud, potenciación de hábitos saludables, etc.).
- b) Las aproximaciones centradas en la comunidad, lo que correspondería al tipo de actuaciones propio de la tradición comunitaria (preservación de la naturaleza, planificación urbanística, campañas de vacunación, control de la contaminación, mejora de las condiciones de vida, mejora de las condiciones laborales, campañas educativas, etc.).

Salud Ocupacional

SURGIMIENTO DE LA SALUD OCUPACIONAL

La revolución industrial marcó la pauta de los cambios en la organización del trabajo con la introducción de nuevos métodos y tecnologías que buscaron un aumento de la productividad. Así, desapareció el trabajo artesanal y se incrementó la parcialización de tareas y las presiones laborales, lo que implicó un gran cambio

y desequilibrio en esa relación anteriormente armónica entre el trabajo y el ser humano. (Juárez, 2007)

Actualmente continúan los grandes cambios tecnológicos en los sistemas de trabajo (por ejemplo, la automatización) y los cambios del mercado (fusiones, globalización) que implican nuevas exigencias y modos de vida en los centros de trabajo, lo que trae como consecuencia un aumento de las cargas o presiones psicológicas y sociales para los trabajadores (Almirall, citado en Juárez, 2007), los cuales son determinantes para la aparición de nuevas y antiguas enfermedades ocupacionales, surgiendo como solución nuevas prácticas médicas sobre salud laboral con la finalidad de la prevención de las mismas. (Gomero, Zevallos y Llapyesan, 2006)

Respecto a las implicaciones de los nuevos sistemas de trabajo sobre la actividad de los trabajadores, Peiró (2004) afirma que están relacionados con los siguientes aspectos:

- El trabajo pasa de ser una actividad meramente física, a ser una actividad mental, que requiere del procesamiento de información y de la solución de problemas.
- El incremento de la flexibilidad en sus múltiples formas: funcional, basada en nuevos aprendizajes y cualificaciones; horaria y geográfica, las cuales requieren una mayor capacidad de adaptación.
- Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación representan una superación de diversas barreras relacionadas con el tiempo y el espacio; se redefine así el contexto físico y social del trabajo en relación con el grupo de trabajo, la supervisión, la propia vida y el entorno familiar.
- Está cambiando lo que se entiende por buen desempeño laboral: toman peso características como la iniciativa, la toma de decisiones, el asumir riesgos para solucionar problemas, la innovación en el puesto del trabajo, los mecanismos de autocontrol y autorregulación y el desarrollo de estrategias de auto motivación.

Por su parte García, Benavides y Ruiz-Frutos (2000, citados en Gómez, 2007) plantean que los aspectos relacionados con las nuevas condiciones de trabajo que inciden en la salud laboral a nivel macroeconómico, en primer lugar se ubica la globalización e interdependencia entre las empresas, sin importar el lugar de ubicación de los centros de trabajo; y, en segundo lugar, el proceso de outsourcing. Ambos afectan profundamente las condiciones de trabajo de las sociedades desarrolladas y se asocian con nuevas formas de organización del trabajo y con nuevos riesgos en el ambiente laboral, en especial con los riesgos de la naturaleza psicosocial.

Asociados a estos dos aspectos, se encuentran los cambios en el grado de autonomía en la realización de las tareas, la definición de funciones y responsabilidades, las relaciones con los compañeros y la adaptación entre la preparación del trabajador y las exigencias de su trabajo; son todos elementos relacionados con la organización del trabajo que pueden ocasionar un exceso de demanda psíquica con repercusiones sobre la salud del trabajador. (Gómez, 2007)

Las condiciones particulares del trabajo afectan el bienestar y el estado de salud (Leitner y Resch, 2005 en Gómez, 2007). En este sentido, Parra (2003 en Gómez, 2007) señala que el trabajo puede ser fuente de salud, causar daño a la salud o agravar problemas de salud. Como fuente de salud, a través del trabajo se puede acceder a una serie de condiciones laborales que satisfacen no sólo las necesidades económicas básicas, sino también las relacionadas con el bienestar individual y grupal. Puede causar daño a la salud, cuando afecta el estado de bienestar de las personas en forma negativa (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales) y puede agravar problemas de salud, previamente existentes, cuando interactúa con otro tipo de factores de riesgo como el consumo de tabaco, exceso de colesterol, sedentarismo, entre otros.

El estudio de la salud psicosocial de los empleados tiene una larga tradición, ya que durante el siglo XX, en diferentes países de Europa y en Estados Unidos, se desarrollaron y consolidaron tanto modelos conceptuales como un cuerpo sólido de investigaciones relacionado con el campo.

DEFINICIÓN DE SALUD OCUPACIONAL

El concepto de salud ocupacional ha ido desarrollándose a lo largo de los años, en la medida en que los conceptos de condiciones y medio ambiente de trabajo han intentado definirse progresivamente ® de la salud de los trabajadores.

De acuerdo con la OMS, la salud ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores, mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones, que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realizando el bienestar físico, mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo; a la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas sociales y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible, la salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo (Mazzáfero, 1999)

De acuerdo con la definición global adoptada por el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primera reunión en 1950 y revisada en su duodécima reunión en 1995 (en Gómez, 2007), “la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad” (Organización Internacional de Trabajo, 2003 en Gómez, p. 108, 2007).

En 1986, durante la reunión organizada por la Organización Panamericana de la Salud, reunidos en un taller sobre enseñanza de la Salud Ocupacional, fue utilizada la siguiente definición: “Es el conjunto de conocimientos científicos y de

técnicas destinadas a promover, proteger y mantener la salud y el bienestar de la población laboral, a través de medidas dirigidas al trabajador, a las condiciones y ambiente de trabajo y a la comunidad, mediante la identificación, evaluación y control de las condiciones y factores que afectan la salud y el fomento de acciones que la favorezcan”. (Tudón J, 2004 en Gomero et al., p.107, 2006). Así, la Salud Ocupacional es el resultado de un trabajo multidisciplinario, que lo conforman profesionales en medicina ocupacional, enfermería ocupacional, higiene industrial, seguridad, ergonomía, psicología organizacional, epidemiología, toxicología, microbiología, estadística, legislación laboral, terapia ocupacional, organización laboral, nutrición y promoción de la salud. (Gomero et al., 2006)

García et al. (2000 en Gómez, 2007), mencionan que la práctica de la salud laboral surge como respuesta al conflicto entre salud y condiciones de trabajo, y se ocupa de la vigilancia e intervención sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores. Los principales objetivos de la salud laboral son identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar aquellos con un efecto beneficioso para su salud y bienestar.

Al respecto, Cuenca (2002, en Gómez 2007) plantea que el entorno y las condiciones bajo las cuales se desempeña el trabajo constituyen un campo al que hay que prestarle atención especial. Anota que la prevención de los riesgos laborales consiste en evitar que se den una serie de situaciones que puedan ocasionar cualquier problema sobre la salud o el bienestar de los trabajadores.

Los factores psicosociales que se encuentran en el trabajo son numerosos y de diferente naturaleza. Por un lado, comprenden aspectos del medio físico y ciertos aspectos de la organización y los sistemas de trabajo, así como la calidad de las relaciones humanas en la empresa –que consisten en interacciones entre el trabajo, el medio ambiente y las condiciones de la organización. Por otro lado, en las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias,

puede influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 1984 en Gómez, 2007).

Pero, ¿qué son los factores psicosociales laborales o del trabajo? El Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT, 1984 citado en Juárez, p. 111, 2007) define a los factores psicosociales en el trabajo como “interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, al satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte; y por otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento”. Como ejemplos de variables psicosociales se encuentran: la carga de trabajo, las jornadas exhaustivas, los malos hábitos de trabajo, escasa utilización de habilidades, falta de reconocimiento, pobre apoyo social, supervisión estricta, entre muchos otros. (Juárez, 2007)

Según Álvarez (2006, citado en Rodríguez, 2009 p.131) en el ámbito laboral, los factores psicosociales se definen como: “Aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de las tareas, y que afectan el bienestar o salud del trabajador”. Según el mismo autor, entre los factores psicosociales se incluyen: la carga mental de trabajo, el contenido de trabajo, la supervisión, las relaciones personales, entre otros.

OBJETO DE ESTUDIO

La Salud Ocupacional tiene como objeto de estudio la relación entre el proceso de producción y las consecuencias hacia la salud de los trabajadores, orientándose, entonces, hacia los procesos sociales, para lo cual utiliza tanto a las ciencias naturales como a las sociales. (Betancourt, 1995, citado en Gomero et al., 2006)

El Comité mixto OIT/OMS en su reunión de 1950 delineó los objetivos de la salud ocupacional de la siguiente manera:

“Promover y mantener el más alto grado posible de bienestar físico psíquico y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo daño causado a la salud de estos por las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y en suma adaptar el trabajo al hombre y el hombre al trabajo”. En 1985 y bajo el marco del Convenio Internacional (161) la OIT revisa sobretodo esta última parte y propone en cambio la “adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores habida cuenta de su estado de salud física y mental”, colocando de esa manera al individuo por sobre la tarea y superando el concepto de adaptar el hombre al trabajo. (Mazzáfero, 1999 p. 488)

El más alto grado posible de salud de los trabajadores es un objetivo social de suma importancia que contribuirá y facilitará que los grupos restantes de las poblaciones, alcancen un nivel de salud satisfactorio y consigan sus metas de desarrollo social. (Mazzáfero, 1999)

El impacto de la salud de los trabajadores sobre su calidad de vida, la de su familia y de la comunidad constituye éticamente el valor principal y la justificación social más trascendente para el desarrollo de la salud ocupacional, adquiriendo así el carácter de derecho humano. (Mazzáfero, 1999)

Desde el punto de vista económico, la salud de los trabajadores adquiere especial relevancia en el marco del progreso y desarrollo de la sociedad que componen. Los costos económicos a nivel empresarial, nacional y global relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo son colosales. La Organización Internacional del Trabajo (2005) calcula que las pérdidas debidas a indemnizaciones, días de trabajo perdidos, interrupciones de la producción, formación y reconversión profesional y gastos médicos, entre otros aspectos, representan el 4% del producto interno bruto (PIB) mundial (1.251.353 millones de dólares estadounidenses). (Gómez, 2007)

Una fuerza de trabajo saludable es uno de los bienes más preciados con que cuenta cualquier país o comunidad. No solo contribuye a la productividad y riqueza del país sino a la motivación, satisfacción y calidad de vida de la población. (Mazzáfero, 1999)

PSICOLOGÍA DE LA SALUD OCUPACIONAL

No obstante, es en la década de 1990 cuando la psicología de la salud ocupacional, emerge como una especialidad de la psicología (Barling y Griffith, 2003 citado en Gómez, 2007). Para Tetrick y Quick (2003, citado en Gómez, 2007), la Psicología de la Salud Ocupacional (PSO), desde su naturaleza interdisciplinaria y transdisciplinaria, enfoca las intervenciones a partir de las perspectivas de la salud pública y la prevención primaria. Asimismo, reconoce la relevancia de la historia de vida, la complejidad y las múltiples expresiones de muchos de los problemas de salud, y establece que las intervenciones deben priorizar cambios en este sentido, en los individuos, grupos y organizaciones o sistemas.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH por sus siglas en inglés), la psicología de la salud ocupacional tiene como objetivo la aplicación de la psicología en pro de la mejora de la calidad de vida laboral y, en la protección y promoción de la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores. Tetrick y Quick (2003, citados en Gómez, 2007) igualmente anotan que uno de sus objetivos principales es crear ambientes de trabajo seguros y saludables, y persigue como fin último promover organizaciones y personas saludables, ayudando a desarrollar sistemas inmunes que metabolicen las toxinas emocionales y psicosociales que afectan el ambiente de trabajo. En esta línea la PSO usa en un sentido amplio el término salud, que incluye el bienestar afectivo de los empleados, aspectos cognitivos, sociales, motivacionales y conductuales. Su objetivo de estudio como tal es la salud ocupacional, teniendo en cuenta múltiples perspectivas tales como: el empleado individual, el clima social de trabajo y el ambiente intra y extra-organizacional. La Psicología de la Salud Ocupacional intenta comprender los procesos psicológicos subyacentes y buscar

la mejora en la seguridad y bienestar de los empleados, la cual influye en el incremento de eficacia organizacional y adaptación de la organización a su entorno externo (Salanova, 2009).

Debido a los cambios sociales que impactan en las organizaciones y que a su vez influyen en la seguridad y en el bienestar de sus trabajadores, es necesario formular modelos de gestión de cambios, de los cuales depende el que sea una organización tóxica o saludable. La NIOSH en 2002, formulo un modelo de trabajo jerárquico compuesto por tres niveles y que distingue entre: 1) el contexto externo que incluye los factores económicos, políticos, legales, tecnológicos, sociales y demográficos; 2) el contexto organizacional que está a su vez influido por el contexto externo y que incluye estructuras directivas, prácticas de supervisión, métodos de producción y políticas de servicio a los empleados y 3) el contexto de trabajo que está relacionado con el diseño de puesto, que a la vez está determinado por el contexto organizacional. El modelo asume que estos tres contextos influyen en la seguridad, salud y bienestar de los trabajadores, los cuales repercuten en los resultados y procesos de eficacia organizacional. Se mostrarán en el siguiente cuadro los factores específicos que operan en cada uno de estos contextos (Salanova, 2009):

Tabla 4. Factores contextuales que afectan a la seguridad, salud y bienestar de los trabajadores (Salanova, 2009)
<p><i>Contexto externo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo económico ▪ Políticas de regulación de empleo y de sindicación ▪ Legislación ▪ Innovación tecnológica ▪ Cambios sociales ▪ Cambios demográficos
<p><i>Contexto organizacional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procesos de reestructuración organizacional ▪ Nuevas iniciativas para la dirección de la calidad y los procesos de trabajo ▪ Contratos de trabajo alternativos ▪ Estrategias organizacionales de conciliación trabajo-familia ▪ Desarrollo de nuevas competencias

Contexto del puesto

- Características de las tareas
- Ambiente social del trabajo
- Desarrollo de carrera
- Roles laborales

Wilmar Schaufeli (2004, en Salanova, 2009) indicó que la investigación en PSO podría beneficiarse de los siguientes recientes desarrollos:

- Emociones en el trabajo
- El rol de los valores y experiencias colectivos
- La investigación de laboratorio en ambientes de trabajo simulados

Las investigaciones sobre la Salud Ocupacional para Salanova (2009) enfatizan la importancia de desarrollar y aplicar herramientas mejoradas, basadas en modelos teóricos potentes tanto a nivel individual como grupal y organizacional, con diseños longitudinales (causales) que permiten explorar todos los aspectos relacionados con Salud Ocupacional (factores psicosociales, bienestar y malestar psicosocial) así como las consecuencias para la organización. Salanova y Schaufeli (2004, citado en Gómez, 2007) señalan que los desarrollos recientes de la Psicología de la Salud Ocupacional pueden contribuir en gran medida a la innovación de las políticas de dirección de los recursos humanos en las organizaciones.

Resumen

En síntesis, la salud ha sido conceptualizada desde la época clásica y continúa en evolución su definición, puesto que desde diferentes contextos su enfoque es modificado en pro del bienestar humano. En la actualidad, se consideran aquellos factores que influyen en la dinámica de la salud como son las características individuales, ambientales, sociales, económicas, sanitarias y culturales, las cuales afectan el equilibrio de forma positiva o negativa de la salud.

La Psicología de la Salud surge como una necesidad por cambiar los estilos y hábitos de las personas con el fin de informar acerca de la promoción y el mantenimiento de la salud, así como su prevención y tratamiento, de igual manera identificar las causas y correlaciones de las enfermedades, en conjunción con el mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de políticas al respecto. Por ello se hace necesario enfatizar las conductas de salud, que son realizadas por las personas independientemente de su percepción de estado de salud, con el fin de protegerla, promoverla y mantenerla. Se identifican por lo tanto cinco comportamientos que de mejorarse favorecerían la salud de las personas: la dieta, el hábito de fumar, el ejercicio, el abuso de alcohol y de fármacos hipotensores.

Con el avance de la tecnología y la globalización implican nuevas exigencias y modos de vida en los centros de trabajo, de tal forma que hay un aumento de las cargas y presiones psicológicas-sociales para los trabajadores, debido a lo anterior es que surge la Salud Ocupacional. La Salud Ocupacional se encarga de identificar, modificar o eliminar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, y a la vez potencializa aquellos que la mejoren. Como resultado de lo mencionado, surge la Psicología de la Salud Ocupacional teniendo como objetivos crear ambientes de trabajos seguros y saludables, promover organizaciones y personas saludables, teniendo en cuenta múltiples perspectivas como son: el empleado individual, el clima organizacional y el ambiente intra y extra organizacional. Aunando todo lo anterior, es imprescindible referir un término que ha sido utilizado en los últimos tiempos por diversas disciplinas, el denominado Calidad de Vida.

CAPÍTULO 2

CALIDAD DE VIDA

El concepto de Calidad de Vida, al igual que el concepto de Salud, es utilizado de forma habitual en distintos ámbitos y por distintos profesionales, lo cual complica su definición, considerando también que se trata de un concepto multidimensional.

En este capítulo se revisarán diferentes perspectivas acerca de la Calidad de Vida, enfocándose en la definición de la OMS como eje principal de este estudio, la extensa gama de dimensiones contempladas, la importancia que se le da al criterio individual y a la experiencia vital, todo esto enfocado en un contexto cultural.

Se revisarán también diferentes escalas para medir la Calidad de Vida, las cuales son referencias primordiales en la realización del instrumento usado para esta investigación. Debido a que dicho instrumento se incluye el factor trabajo, se abordará el tema de Calidad de Vida en el ámbito laboral. Por ello se abordarán conceptos como condiciones de trabajo y satisfacción laboral principalmente.

Por último, se analizarán investigaciones llevadas a cabo en nuestro país sobre la Calidad de Vida, los cuales se orientan principalmente al estudio de las condiciones de vida de los mexicanos.

Calidad de Vida

La calidad de vida es un término que ha sido ampliamente utilizado en los últimos tiempos por los especialistas de las más diversas disciplinas. La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época para conocer la percepción de las personas acerca de su vida y su seguridad financiera. (Campbell 1981; Meeberg, 1993; citados en Urzúa y Caqueo, 2012)

El concepto Calidad de Vida tiene su origen académico a mediados de los años 60 cuando los científicos sociales inician investigaciones recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, con lo que el concepto de Calidad de Vida abarca el significado de

bienestar de las poblaciones en dimensiones materiales. Posteriormente derivó hacia un constructo más complejo que incluiría también a los denominados componentes psicosociales como la calidad del entorno, las relaciones o la salud. (Begnar, 2005, citados en Urzúa y Caqueo, 2012)

Después durante las décadas de los 70 y 80 la Calidad de Vida fue conceptualizada principalmente como bienestar objetivo o social. El concepto de bienestar social incluyó todo aquello de lo que el ser humano obtiene satisfacción, así como su distribución dentro de la sociedad. (Smith, 1974, citado en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005)

El interés por el estudio de la CV aumentó considerablemente en los últimos años del siglo XX. Se consideró que después de satisfacer las necesidades básicas de la población (al menos en el Mundo Desarrollado o «Primer» Mundo, y entre los segmentos considerables de la población en dichos países) era tiempo de trabajar por mejorar la calidad de la vida. (Ardila, 2003).

En la actualidad la expresión de Calidad de Vida ha llegado a ser ampliamente usada por profesionales de diversas disciplinas y por la sociedad en general. Esta socialización del término, que conlleva una utilización banal e imprecisa, se ha visto, sin embargo, acompañada de un sinfín de elaboraciones académicas que pretenden llegar a la mejor definición del concepto. (Sancho y Vela, 2004; citado en Fernández- Mayoralas y Rojo, 2005)

Por estas razones se le ha dado diversos enfoques al concepto, enfatizando sólo alguna de sus dimensiones, lo que ha ocasionado que los principales problemas en el estudio de la calidad de vida hayan sido teóricos, metodológicos e instrumentales. (Quintero y González, 1997; citado en Baldi y García 2005).

Esta gran dispersión y diversidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto o bien, a que este es un término multidisciplinario (Cummins, 2000; citado en Urzúa y Caqueo, 2012). Existe un acuerdo generalizado en lo concerniente a que el concepto Calidad de Vida es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes

diversos, que no se explica por un solo elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos. (Rojo, et al., 2002; citados en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005)

Con frecuencia se utilizan indistintamente los conceptos de Calidad de Vida (CV) y Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS), que si bien están estrechamente relacionados entre sí tienen significados distintos. Muy pocos autores hacen una distinción entre ambos conceptos. Para algunos, la calidad CVRS es frecuentemente identificada como una parte de la Calidad de Vida en general, mientras que otros sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de CV, asumiendo así que ambos constructos estarían evaluando dimensiones similares.

Pese a esta discrepancia, la gran mayoría de los autores sugieren que la CV debe ser diferenciada de la CVRS, debido a que ésta última es utilizada en el campo de la medicina. En su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad. De esta forma caracterizan la experiencia del paciente como resultado de los cuidados médicos. De otra manera, establece el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes (Urzúa, 2010). En cambio la Calidad de Vida Relacionada con la Salud es el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas (L. J. Fernández, Fernández y Cieza, 2010). La CRVS se preocupa por los aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud. (Baldí y García, 2005)

Para algunos investigadores, el concepto Calidad de Vida se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida. El hecho de que desde sus inicios haya estado vinculado a diferentes variables

psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar, ha posibilitado que muchos profesionales no diferencien claramente en sus estudios cada concepto o lo utilicen de manera indistinta. (Urzúa y Caqueo, 2012)

Para algunos autores como Schimmack, Radhakrishnan (2002; citados en Garduño, 2005) el bienestar subjetivo tiene componentes afectivos y cognoscitivos. La parte afectiva está basada en un balance hedónico entre el afecto placentero y afecto displacentero. Por otra parte, el aspecto cognoscitivo es un componente individual de satisfacción con la vida que depende de estándares subjetivos.

Diener y Suh (2001, citados en Garduño, 2005) definen el bienestar subjetivo como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, incluyendo una dimensión cognoscitiva (satisfacción en diferentes áreas de la vida) y otra afectiva (frecuencia e intensidad de emociones negativas y positivas).

González-Celis (2010) define la Calidad de Vida como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva. La primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico. La interacción entre ambas es lo que determina la CV.

Tonón (2008; citado en Nuñez, Tobón, Arias, Hidalgo, Santoyo y Rasmussen, 2010) apoya esta perspectiva especificando que la Calidad de Vida se define más ampliamente incluyendo la descripción de las circunstancias de una persona (condición objetiva) así como sus percepciones y sentimientos, considerados ambos como las reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva).

Sánchez-Sosa y González-Celis (2006, en González-Celis, 2010) señalan que el concepto de CV abarca tres dimensiones globales:

- a) El estado funcional, aquello que la persona es capaz de hacer.
- b) El acceso a los recursos y las oportunidades.

c) La sensación de bienestar.

Las dos primeras dimensiones caen en la categoría de calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva.

Una segunda aproximación de bienestar como Calidad de Vida, se apoya en la investigación americana sobre salud mental. Aunque también utiliza indicadores objetivos, esta perspectiva enfatiza el bienestar subjetivo, y está relacionada con la experiencia de los individuos sobre sus vidas. El resultado final de condiciones de vida y procesos de evaluación. (Noll, 2002 citado en Fernández- Mayoralas y Rojo, 2005)

Según González-Celis (2010), la evaluación de la Calidad de Vida puede realizarse de dos formas: es externa cuando un juez ajeno y experto, mide con criterios externos qué es lo que la gente posee y reflejaría su calidad de vida. Para ello se utilizan indicadores objetivos; posteriormente, se realiza un juicio del individuo o población, en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La otra evaluación la efectúa el propio individuo; se emplea la percepción del bienestar subjetivo, al incorporar las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida.

De este modo, la dimensión objetiva, se refiere a indicadores que son evaluados por otras personas o terceros (evaluación externa) en relación con la funcionalidad física, psicológica y social. Asimismo, incluye las oportunidades y acceso a los recursos que la persona tiene. En cambio para la dimensión subjetiva, lo fundamental es la percepción propia, es decir, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. Desde esta perspectiva, el bienestar se ha definido como la felicidad y satisfacción por la vida, conceptualizándose como una valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios. (González-Celis, 2010)

Cummins (1997; citado en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005) apoya también la aproximación de complementariedad de perspectivas y la valoración de la evaluación realizada por los individuos. Cummins ofrece una definición según la cual Calidad de Vida es un constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente: los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo; los dominios subjetivos, por su parte, comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo.

La Calidad de Vida, en general, consiste en la valoración que el sujeto hace de su propia vida en relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran. Las investigaciones realizadas en ésta área se enfocan en la búsqueda e identificación de los aspectos más relevantes que contribuyen a una mejoría en la evaluación de la Calidad de Vida de los individuos. (González-Celis, 2010)

Actualmente existe un consenso respecto a que la Calidad de Vida debe tomar en consideración las condiciones de vida y las evaluaciones subjetivas, (Noll, 2002; citado en Fernández- Mayoralas y Rojo, 2005). La mayoría de las agencias que recogen datos de bienestar nacional incluyen tanto indicadores objetivos como subjetivos en sus sistemas de estadísticas sociales. (Rapley, 2003, citado en Fernández- Mayoralas y Rojo, 2005)

La propuesta de la Organización de las Naciones Unidas plantea como los principales componentes de la Calidad de Vida a la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos. (González-Celis, 2010)

A continuación se encuentran definiciones aportadas por diferentes autores:

Tabla 5. Definiciones de Calidad de Vida

Autor	Definición
Levi y Anderson (1980)	La Calidad de Vida la entendemos como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Calman (1987)	Medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Ferrans (1990)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Bigelow et al. (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Giusti (1991)	Es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.
Martin y Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad, a menor intervalo, mejor calidad de vida.

Tabla 5. (Continuación)

Autor	Definición
Cummins (1998)	La calidad de vida es objetiva y subjetiva, y cada dimensión procede de los dominios: bienestar material, salud, productividad, intimidad, comunidad y bienestar emocional. Los dominios objetivos contienen las medidas objetivas de bienestar; en cambio, los dominios subjetivos son aquellos que abarcan la satisfacción ponderada por la importancia del individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Katschnig (2000)	La Calidad de Vida debe estar relacionada con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Velarde- Jurado y Ávila- Figueroa (2002)	Estado de bienestar influido por factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social.

Tabla 5. (Continuación)

Autor	Definición
Schwartzmann (2003)	Es un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.
Vinaccia y Orozco (2005)	La Calidad de Vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

Fuente: Adaptación de González-Celis (2010) y Úrzua y Caqueo (2012).

Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud

En un intento por lograr estudios comparativos e internacionales, la OMS en 1991 conformó un equipo multicultural de trabajo en Calidad de Vida (World Health Organization Quality of Life – WHOQOL). En 1995, dada la necesidad de unificar criterios y posiciones, la OMS propuso una definición de consenso que amplía el término explicándolo como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. Esta definición conceptual diferencia claramente las evaluaciones de la persona en su

funcionamiento objetivo, capacidades, conductas y los auto-reportes subjetivos, en términos de satisfacción/insatisfacción, con estas conductas, estado o capacidades evaluadas en las seis dimensiones propuestas. Cada una de estas dimensiones, a su vez, se compone de subdominios. (Úrzúa y Caqueo, 2012)

La definición de Calidad de Vida mencionada anteriormente será utilizada como base para el desarrollo de ésta investigación.

El Grupo WHOQOL establece además una serie de consensos básicos en relación a las medidas de Calidad de Vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores (Grupo WHOQOL, 1995 citado en Schwartzmann, 2003). Estos consensos básicos son los siguientes:

Las medidas de CV deben ser:

- Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
- Multidimensionales: Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.
- Incluir sentimientos positivos y negativos.
- Registrar la variabilidad en el tiempo: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

Esta definición y puntos de consenso fueron la base para la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), que a diferencia de otros instrumentos, partió de un marco teórico para su construcción. Se desarrollo el instrumento de manera simultánea en diferentes culturas, usando metodologías cualitativas como los grupos focales para evaluar la pertinencia de futuros usuarios en los aspectos incluidos en la evaluación. (Schwartzmann, 2003)

Se puede caracterizar cada uno de las subdimensiones o subfactores de la Calidad de la Vida definidas por la OMS (1998) como una descripción de una conducta, un estado, una capacidad, un potencial y una percepción o experiencia subjetivas. Por ejemplo, el dolor es una percepción o experiencia subjetiva; se

puede definir la fatiga como un estado; se puede definir la movilidad como una capacidad (para moverse) o como un comportamiento (el de caminar propiamente). La definición de cada uno de los subfactores que propone la OMS (1998), al igual que los factores que componen el instrumento se mostrarán en el siguiente cuadro (Nieto, 2004), posteriormente se describirá cada uno.

Tabla 6. Factores y Subfactores de WHOQOL-100

Factores	Ámbito Físico	Ámbito Psicológico	Grado de independencia	Relaciones sociales	Medio	Espiritualidad
Subfactores	1.Dolor y malestar 2.Energía y fatiga 3.Sueño y descanso	4.Sentimientos positivos 5.Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración. 6.Autoestima 7.Imagen corporal 8.Sentimientos negativos	9.Movilidad 10.Actividades cotidianas 11.Dependencia de medicación o tratamientos 12.Capacidad de trabajo	13.Relaciones personales 14.Apoyo social 15.Actividad sexual	16.Seguridad física 17.Medio doméstico 18.Recursos económicos 19.Salud y atención social 20.Oportunidad para obtener y adquirir información 21.Participación y oportunidades para el ocio 22.Medio físico 23.Transporte	24.Espiritualidad, religión, creencias personales

Fuente: Adaptado de Simón (1999)

FACTOR 1 ÁMBITO FÍSICO

1. Dolor y malestar

En este subfactor se exploran las sensaciones físicas desagradables experimentadas por una persona y en qué medida son penosas y constituyen un

obstáculo para su vida. Las preguntas en relación con este subfactor se refieren a la capacidad de la persona para controlar el dolor y la facilidad con que se puede lograr el alivio del dolor. Se supone que cuanto más fácil resulte aliviar el dolor, menores serán el temor que inspira y su efecto resultante en la calidad de vida. Aún cuando una persona no sienta dolor en realidad, ya sea por haber tomado medicamentos o porque el dolor sea por naturaleza esporádico (por ejemplo, la migraña), su calidad de vida puede resultar afectada por el miedo constante al dolor. Se reconoce que las personas reaccionan de diferentes formas ante el dolor y es probable que las diferencias en tolerancia y aceptación de éste influyan en los efectos de su calidad de vida.

Se incluyen sensaciones físicas desagradables como rigidez, achaques, dolor de corta o larga duración o comezones. Aun cuando no haya una razón médica que lo explique, si la persona dice que lo siente se considera que el dolor está presente.

2. Energía y fatiga

Se explora la energía, el entusiasmo y la resistencia que tiene una persona para realizar las tareas necesarias en la vida cotidiana, además de otras actividades elegidas, como las recreativas. Puede abarcar desde cansancio incapacitante hasta niveles adecuados de energía y sensación real de estar vivo. El cansancio puede ser consecuencia de varias causas: por ejemplo, enfermedad, problemas como la depresión o esfuerzos excesivos.

Las consecuencias de la fatiga en las relaciones sociales, la dependencia cada vez mayor de otros a causa de la fatiga crónica y la razón de cualquier fatiga superan el objetivo de esta formulación de preguntas, aunque van implícitas en las preguntas de este subfactor y en las relativas concretamente a las actividades diarias y a las relaciones interpersonales.

3. Sueño y descanso

Esta subdimensión es sobre el grado en que el sueño, el descanso y los problemas al respecto afectan la calidad de vida de una persona. Algunos de los problemas del sueño serían los siguientes: dificultad para conciliar el sueño, despertarse durante la noche, despertarse demasiado temprano por la mañana sin poder volver a conciliar el sueño y sueño no reparador. Es decir, se centra si el sueño es perturbado o no; puede deberse a cualquier razón, relacionada con la persona o con el medio.

FACTOR 2 ÁMBITO PSICOLÓGICO

4. Sentimientos positivos

En este subfactor se examina hasta qué punto una persona experimenta sensaciones positivas de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida. Se considera parte importante de este subfactor la opinión y las ideas de una persona sobre el futuro. En el caso de muchos entrevistados se puede considerar esta subfactor análogo a la calidad de vida. No figuran las sensaciones negativas, pues corresponden a otro subfactor.

5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Se explora la opinión de una persona sobre su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones. Comprende también la rapidez y la claridad de pensamiento. En las preguntas se pasa por alto la cuestión de si una persona está alerta, consciente o despierta, pese a que se trata de estados subyacentes al pensamiento, la memoria y la concentración. Se reconoce que algunas personas con dificultades cognoscitivas pueden no comprender sus dificultades y en esos casos puede ser necesario sumar a la evaluación subjetiva de la persona otras ajenas. Un problema similar en algunos entrevistados puede ser que se resistan a reconocer la existencia de problemas en ese ámbito.

6. Autoestima

En esta subdimensión se examinan los sentimientos que abrigan las personas hacia sí mismas. Pueden ser desde sentimientos positivos hasta sentimientos extraordinariamente negativos. Se explora la sensación que tiene una persona de su valía como tal. También forma parte del subfactor la relación con la propia eficacia, la satisfacción consigo mismo y el control.

Es probable que las personas se pregunten hacia sí mismas sobre las emociones en una diversidad de ámbitos: cómo se llevan con otras personas, su grado de instrucción, evaluar su capacidad de cambio o para realizar determinadas tareas o adoptar determinadas conductas, sus relaciones familiares, su sensación de dignidad y autoaceptación. Para algunas personas la autoestima depende en gran medida de cómo funcionan, ya sea en el trabajo o en el hogar, o cómo las ven y las tratan los demás. En algunas culturas la autoestima depende de la estima dentro de la familia más que de la estima individual. Se da por sentado que los entrevistados interpretarán las preguntas de forma válida y pertinente respecto a su situación de vida.

En las preguntas no se hacen referencias particulares a la idea de la persona sobre su cuerpo y las relaciones sociales, que corresponden a otras subdimensiones. Sin embargo, las preguntas se referirán a la sensación de la valía propia resultante de esos ámbitos, pero en un nivel más general.

7. Imagen corporal

En este subfactor se examina el concepto que una persona tiene de su cuerpo. Se incluye la cuestión de si ve el aspecto de su cuerpo de forma positiva o negativa. Se centra en la satisfacción de la persona con su apariencia y su efecto en el concepto que tiene de sí misma. También se incluye la cuestión de hasta qué punto se pueden corregir defectos corporales reales o «percibidos», en caso de que existan (por ejemplo, mediante maquillaje, ropa, prótesis, etc.).

Es probable que la forma en que los demás reaccionan ante la imagen de una persona afecte en gran medida el concepto que ésta tiene de su cuerpo. La formulación de las preguntas va encaminada a animar a los entrevistados a decir lo que en verdad sienten, en lugar de lo que consideren que deben contestar. Además, están formuladas de modo que puedan incluir tanto a una persona que se sienta contenta con su aspecto como a otra que tenga una grave incapacidad física.

8. Sentimientos negativos

Se refieren al grado en que una persona experimenta sentimientos negativos, incluidos abatimiento, culpa, tristeza, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida. Considera también hasta qué punto resulta angustioso cualquier sentimiento negativo y sus efectos en la persona. La formulación de las preguntas permite incluir a personas con dificultades psicológicas como depresión grave, psicomanía o ataques de pánico.

Las preguntas no indagan sobre la falta de concentración ni sobre la relación entre el afecto negativo y las relaciones sociales de la persona, que corresponden a otras subdimensiones.

FACTOR 3 GRADO DE INDEPENDENCIA

9. Movilidad

En esta subdimensión se examina la opinión de la persona sobre su capacidad para trasladarse de un lugar a otro, moverse por su casa, a su trabajo o llegar a los servicios de transporte.

Se centra en la capacidad general de la persona para ir a donde quiera sin ayuda de otros, independientemente de los medios utilizados para ello. Se da por sentado que, en todos los casos en que una persona depende en gran medida de otra persona para su movilidad, es probable que su calidad de vida resulte afectada negativamente por ello.

La discapacidad de una persona no necesariamente afecta a su movilidad. Por ejemplo, una persona que utilice una silla de ruedas o un andador puede tener una movilidad satisfactoria en un hogar o lugar de trabajo adecuadamente adaptado. Tampoco comprende este subfactor los servicios de transporte (por ejemplo, automóvil, autobús), pues corresponden a otra subdimensión (transporte).

10. Actividades cotidianas

Se explora la capacidad de una persona para realizar actividades habituales de la vida diaria, incluido el cuidado de sí misma y el cuidado idóneo de su casa, es decir, actividades que son necesarias realizar diariamente. El grado en que las personas dependan de otras para que las ayuden en sus actividades diarias, probablemente afecte también a su calidad de vida.

Las preguntas no comprenden aspectos de la vida diaria que corresponden a otros ámbitos, como aquellas actividades específicas afectadas por la fatiga, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, movilidad y demás.

11. Dependencia de medicación o tratamientos

En este subfactor se examina la dependencia de una persona a una medicación o a medicinas alternativas (tales como acupuntura y remedios herbarios) para respaldar su bienestar físico y psicológico. Las medicaciones pueden afectar en algunos casos a la calidad de la vida de una persona de forma negativa (por ejemplo, efectos secundarios de la quimioterapia), mientras que en otros pueden mejorarla (por ejemplo, pacientes cancerosos que tomen analgésicos).

Este subfactor comprende las intervenciones médicas no farmacológicas, pero de las que de todos modos depende la persona, por ejemplo un marcapasos, un miembro artificial o un ano artificial.

12. Capacidad de trabajo

En esta subdimensión se analiza la utilización de energía para trabajar. Se define el «trabajo» como cualquier actividad importante en la que participe la persona. Entre las actividades importantes pueden figurar el trabajo remunerado, trabajo no remunerado, trabajo voluntario, el estudio en exclusividad, el cuidado de niños y las obligaciones domésticas. Como las preguntas se refieren a esos posibles tipos de actividades más importantes, este subfactor se centra en la capacidad de una persona para trabajar, independientemente del tipo de trabajo.

Las preguntas no examinan las impresiones respecto al trabajo que se hace, ni la calidad del medio de trabajo.

FACTOR 4 RELACIONES SOCIALES

13. Relaciones personales

Se analiza hasta qué punto las personas sienten la compañía, el amor y el apoyo que desean de las personas próximas en su vida. También se aborda el compromiso y la experiencia actual de cuidar y mantener a otras personas.

Se incluye la capacidad y la oportunidad de amar, ser amado y mantener relaciones estrechas (tanto afectivas como físicas), el grado en que las personas piensan que pueden compartir momentos de felicidad y de aflicción con sus seres queridos; los aspectos físicos de las relaciones con los seres queridos (tales como abrazarse y tocarse).

Las preguntas abordan el grado de satisfacción que una persona obtiene del cuidado de otras o si tiene problemas para cargar con el peso que conlleva. La posibilidad de que se trate de una experiencia positiva o negativa va implícita en el subfactor.

En este subfactor se abordan todos los tipos de relaciones amorosas, tales como amistades íntimas, matrimonios y parejas heterosexuales/homosexuales.

14. Apoyo social

En esta subdimensión se examina hasta qué punto siente una persona el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica por parte de su familia y sus amigos. En las preguntas se explora hasta qué punto de apoyo la familia y los amigos comparten responsabilidades y trabajan en común para resolver los problemas personales y familiares. En particular hasta qué punto podría depender de su apoyo en caso de crisis.

Abarca también la cuestión de hasta qué punto siente la persona que recibe aprobación y aliento de su familia y sus amigos. En la subdimensión se incluye el papel potencialmente negativo de la familia y los amigos en la vida de una persona. La formulación de las preguntas permite registrar los efectos negativos de la familia y los amigos.

15. Actividad sexual

Este subfactor se refiere al impulso, el deseo sexual y el grado en que la persona puede expresar y gozar su sexualidad.

Para muchas personas, la actividad sexual y las relaciones de intimidad están vinculadas entre sí. Sin embargo, las preguntas abarcan sólo sobre el apetito, la expresión y la satisfacción sexuales, mientras que en otras facetas se abordan otras formas de intimidad. Se mide la importancia de la actividad sexual para la calidad de la vida de una persona. Por lo tanto, no se consideran importantes la orientación ni las prácticas sexuales de la persona, es decir, se centra en el deseo, la expresión, la oportunidad y la satisfacción sexual.

Se reconoce que es difícil preguntar por la actividad sexual y es probable que en algunas culturas las respuestas a esas preguntas sean más moderadas. Además, se prevé que las personas de diferentes edades y sexos responderán de formas distintas.

FACTOR 5 MEDIO

16. Seguridad física

Se evalúa la sensación de seguridad de una persona respecto al daño físico. Las amenazas para la seguridad pueden provenir de cualquier fuente, como de otras personas o de la opresión política, es decir, la sensación de libertad. Por esa razón, las preguntas están formuladas para permitir una diversidad de respuestas: desde una persona que tenga oportunidades para vivir sin restricciones hasta la que vive en un Estado o en un barrio opresivo.

Las preguntas abordan la cuestión de hasta qué punto considera la persona que hay «recursos» que protegen o podrían proteger su sensación de seguridad. Es probable que este subfactor tenga particular importancia para ciertos grupos, tales como víctimas de catástrofes, personas sin hogar, personas que ejercen profesiones peligrosas, familiares de delincuentes y víctimas de maltrato.

Las preguntas se centran en la sensación de seguridad/inseguridad de una persona y, la medida en que afecta la CV.

17. Medio doméstico

En esta subdimensión se examina el lugar principal en el que vive la persona y la forma en que ello repercute en su vida. Se evalúa la calidad del hogar en el sentido de que sea cómodo y brinde a la persona un lugar seguro para residir.

Otros aspectos que van incluidos implícitamente son los siguientes: hacinamiento; cantidad de espacio disponible; limpieza; oportunidades para estar a solas; servicios disponibles (tales como electricidad, inodoro, agua corriente) y la calidad de la construcción del edificio (como, por ejemplo, goteras y humedad).

La calidad del vecindario es importante para la CV, por lo que en las preguntas figuran referencias al respecto. En la construcción de las preguntas se encuentra la palabra correspondiente a «hogar», es decir, allí donde la persona vive habitualmente con su familia, también se incluyen a personas que no viven en

cierto lugar con su familia, tales como los refugiados o las personas internadas en instituciones.

18. Recursos económicos

En este subfactor se explora la opinión de la persona sobre sus recursos financieros y hasta qué punto satisfacen dichos recursos las necesidades de un estilo de vida saludable y confortable. Se centra en lo que se puede comprar y en lo que no, en la medida en que esto afecta a la calidad de vida.

Las preguntas versan sobre la sensación de satisfacción o insatisfacción de la persona, con las cosas que sus ingresos le permiten obtener. También sobre la sensación de dependencia o independencia que le brindan sus recursos financieros, y la sensación de tener suficiencia.

En la evaluación no se tendrá en cuenta el estado de salud, ni si se tiene un puesto de trabajo. Se reconoce que es probable que la idea que tenga una persona de sus recursos financieros como «suficientes», «satisfacen las necesidades», etc., varía en gran medida, por lo que la formulación de las preguntas permite tener en cuenta esa variación.

19. Salud y atención social: disponibilidad y calidad

Se evalúa la opinión de la persona sobre la salud y la asistencia social en su zona de residencia, en el sentido de la rapidez para recibir asistencia, en casos de urgencias.

Las preguntas versan sobre cómo ve la persona la disponibilidad de servicios sanitarios y sociales y la calidad y la cabalidad de la asistencia que recibe o espera recibir, en caso de que lo necesite. Se incluye la ayuda voluntaria en la comunidad y sobre lo fácil o difícil que resulta llegar a los servicios sanitarios y sociales locales.

20. Oportunidades para obtener y adquirir nueva información

En esta subdimensión se examina la oportunidad y el deseo de una persona de adquirir nuevas aptitudes y conocimientos y de sentirse en contacto con lo que sucede. Puede ser mediante programas educativos oficiales, cursos para adultos o actividades recreativas, ya sea en grupos o a solas (por ejemplo, la lectura).

Se centra en las posibilidades de una persona para satisfacer una necesidad de información y conocimientos, se trate de conocimientos en sentido educativo o de noticias que sean de algún modo pertinentes para la calidad de su vida.

La formulación de las preguntas permite conocer estos aspectos con la obtención de informaciones y aptitudes: desde las noticias del mundo y el cotilleo local hasta los programas educativos oficiales y la formación profesional. Se da por sentado que los participantes darán respuestas coherentes y pertinentes acorde a su situación.

21. Participación y oportunidades para el ocio

En este subfactor se evalúa la capacidad de una persona para participar en actividades de ocio, pasatiempos, relajación y las oportunidades que se le brindan al respecto.

En las preguntas figuran todas las formas de pasatiempos, relajación y esparcimiento: ver a amigos, practicar deportes, leer, ver la televisión, pasar tiempo con la familia o sin hacer nada.

Las preguntas se centran en tres aspectos: la capacidad de la persona para dedicarse a actividades de esparcimiento y relajación, su disfrute y las oportunidades que se le brindan al respecto.

22. Medio físico (contaminación/ruido/tráfico/clima)

Se examina la opinión de la persona sobre su medio, incluidos el ruido, la contaminación, el clima, la estética general del medio, y la cuestión de si todo ello sirve para mejorar su calidad de vida o la afecta negativamente. En algunas culturas algunos aspectos del medio, como el carácter fundamental de la disponibilidad de agua o la contaminación del aire, pueden tener una influencia particular en la CV.

En este subfactor no figuran el medio doméstico ni el transporte, que corresponden a otras subfactores.

23. Transporte

En esta subdimensión se examina la opinión de la persona sobre la disponibilidad o la facilidad para encontrar y utilizar servicios de transporte para su desplazamiento.

Las preguntas comprenden cualquier modo de transporte a disposición de la persona (bicicleta, automóvil, autobús, etc.). Es decir, se centra en cómo permite la disponibilidad de transporte realizar las tareas necesarias de la vida diaria y la libertad para realizar actividades elegidas.

Las preguntas no versan sobre el tipo de transporte ni sobre los medios utilizados para moverse por la casa propia.

FACTOR 6 ESPIRITUALIDAD

24. Espiritualidad/religión/creencias personales

En este subfactor se analizan las creencias de la persona y cómo afectan a la calidad de su vida. Puede ser que la ayuden a afrontar las dificultades de su vida, estructuren su experiencia, infundan significado a las cuestiones espirituales y personales y, en general, brinden a la persona una sensación de bienestar. Este subfactor comprende tanto a personas con creencias religiosas distintas como a

personas con creencias personales y espirituales que no estén determinadas por una religión.

Para muchas personas, la religión, las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, sentido, sensación de arraigo, finalidad y fuerza. En cambio, algunas personas tienen la sensación de que la religión tiene una influencia negativa en su vida.

Escalas de Calidad de Vida

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La evaluación de la calidad de vida no resulta fácil, teniendo en cuenta que se trata de un concepto abstracto, subjetivo y multidimensional. Además, el concepto de calidad de vida guarda una íntima relación con otros conceptos (como estilos o niveles de vida, indicadores sociales, deseabilidad social, etc.). La calidad de vida puede estimarse por medio de la función física, el estado psicológico, la función y la interacción social, y los síntomas físicos (Ramírez, 2007). De esta forma al analizarla se pretende hacer una aproximación a la delimitación del concepto y sus dimensiones. (Nieto, 2004)

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. Los instrumentos de evaluación de Calidad de Vida deben combinar características que tengan sustento conceptual, confiabilidad y validez, pero es fundamental además que sean relevantes culturalmente, es decir que pregunten sobre las cosas que realmente le importan a las personas en un lugar y tiempo determinado. (Schwartzmann, 2003)

Según Velarde y Ávila (2002), para poder evaluar la calidad de vida debe ser entendido como un concepto multidimensional. Esto es, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en el empleo, situación económica, entre otras dimensiones. La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían acorde a las personas, grupos y lugares; por

lo tanto, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar experimentada por las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien".

Por estas razones, resulta importante valorar la Calidad de Vida desde la complementariedad de los enfoques objetivo y subjetivo. Teniendo en cuenta las condiciones objetivas en que se desarrolla la vida de los individuos y grupos sociales, y la evaluación subjetiva que los sujetos realizan sobre ellas. (Fernández- Mayoralas y Rojo, 2005)

Se tiene evidencia de la medición de Calidad de Vida a partir de los años 60. Los trabajos iniciales provienen de dos elementos: el primero fue considerar la evaluación a partir de un sistema de indicadores y, el segundo consistió en la incorporación de elementos objetivos y subjetivos en su medición. A nivel internacional se han desarrollado diversos índices con el propósito de medir la CV. Esto resulta importante por la forma en que distintos países e investigadores abordan su medición. (Aguilera, Perón y Hormía, 2014)

Según Flanagan (1978; citado en Nieto, 2004) los primeros análisis de la CV pueden clasificarse en dos grupos. El primero puede denominarse el mayoritario, el cual se centraba en confeccionar listados (lo más amplio posible) de los rasgos que se incluían en el constructo de calidad de vida. El segundo enfoque era minoritario, y pretendía comprender cómo construye el individuo su concepto personal de CV; para ello se basaba en los modelos dinámicos. A partir de estos enfoques se elaboraron modelos basados en la distinción de criterios subjetivos y objetivos al abordar la Calidad de Vida.

Actualmente, dada la gran diversidad de escalas para medir la CV, se han intentado clasificar estas en varios grupos. La clasificación más general permite distinguir tres tipos:

- Genéricos frente a específicos
- Autoevaluadas frente a heteroevaluadas
- Unidimensionales frente a multidimensionales

Antes de enumerar los instrumentos existentes y sus características principales, es importante mencionar los posibles objetivos tras la intención de medir la CV (Fernández Ballesteros, 1996):

1. Entender las causas y consecuencias de las diferencias en la Calidad de Vida entre individuos o grupos de individuos.
2. Conocer el impacto de las condiciones sociales y ambientales en la Calidad de Vida.
3. Estimar las necesidades de una población determinada.
4. Evaluar la eficiencia y eficacia de intervenciones en salud y/o la calidad del sistema de salud.
5. Tomar decisiones clínicas.

De los múltiples instrumentos disponibles para la evaluación general de la Calidad de Vida, Simón (1999) destaca los siguientes:

The Quality of Life Questionnaire QLQ – El Cuestionario de Calidad de Vida, Evans y colaboradores (1985) construyeron un cuestionario autoaplicado. Su intención era evaluar de forma directa la Calidad de la Vida de un sujeto, en un amplio espectro de áreas específicas de la vida. La aproximación del QLQ se basa en la asunción de que ciertas acciones o conductas de un individuo en respuesta a unas áreas específicas de la vida, pueden ser consideradas como representativas de una buena calidad de vida. En contraste con otros esfuerzos de medir calidad de vida como los indicadores sociales o las medidas de satisfacción con la vida. Por lo tanto, el cuestionario conceptualiza una estructura de Calidad de Vida en cinco áreas principales, constituidas, a su vez por una serie de subáreas. Además, incluyeron una escala de deseabilidad social para permitir valorar la influencia de la misma en las respuestas de los sujetos.

El cuestionario consta de 129 ítems agrupados en 15 escalas de contenidos y una de deseabilidad social. Los principales dominios de esta escala son:

1. *Bienestar general*. Constituido por bienestar material, bienestar físico y desarrollo personal.
2. *Relaciones interpersonales*. Relaciones maritales, relaciones padre-hijo, relaciones extramatrimoniales.
3. *Actividad organizacional*. Conducta altruista, conducta política.
4. *Actividad ocupacional*. Características de trabajo, relaciones laborales, satisfacciones del trabajo.
5. *Ocio y actividad recreativa*. Actividad deportiva, vacaciones.

El QLQ es un instrumento válido tanto para evaluar la CV de un paciente como para medir el impacto que los programas comunitarios de salud general y mental tienen sobre la CV.

Quality of Life Inventory – Inventario de Calidad de Vida, Frisch y colaboradores (1988), utilizaron como sinónimos los conceptos de satisfacción vital y CV, para referirse a la evaluación subjetiva del grado de satisfacción de necesidades, metas y deseos más importantes. En el cuestionario se evalúan diecisiete áreas:

1. Salud
2. Autoconsideración
3. Filosofía de vida
4. Nivel de vida
5. Trabajo
6. Tiempo de ocio
7. Aprendizaje
8. Creatividad
9. Servicio Social
10. Acciones cívicas
11. Relaciones de afecto
12. Amistad
13. Relaciones con los hijos
14. Relaciones familiares

15. Hogar

16. Vecindad

17. Comunidad

Los dos principales instrumentos genéricos que se utilizan para evaluar la CV son el **WHOQOL-100** (The World Health Organization Quality of Life, La Organización Mundial de la Salud, Calidad de Vida) y el **MOS SF-36** ((Medical Outcomes Study, 36-Item Short Form, Estudio de Indicadores de Salud, versión corta 36 ítems).

La OMS inició en Febrero de 1991 un proyecto para el desarrollo de un instrumento (**WHOQOL-100**) de medida de calidad de vida fiable y válido, que permitiera comparaciones transculturales, que se basó en los siguientes postulados: a) Se observa una amplia entidad englobada bajo el término «Calidad de Vida»; b) Puede construirse una medida cuantitativa de calidad de vida que sea fiable, válida y sensible; c) Esta medida de calidad de vida puede ser aplicada a distintas poblaciones; d) Cualquier factor que afecte a la calidad de vida debería influir sobre varios de los componentes del instrumento, y el instrumento debería, por tanto, servir como medida del efecto de las enfermedades y de las intervenciones de salud específicas sobre la calidad de vida. En este contexto, se diseñó un instrumento que:

- 1) Se desarrollará transculturalmente (15 centros alrededor del mundo colaboraron en su desarrollo),
- 2) Pudiese aplicarse tanto para medir la calidad de vida en una determinada cultura como para comparar la calidad de vida entre diferentes culturas,
- 3) Concediese importancia a la percepción del individuo,
- 4) Tuviese una aplicación potencial alta para la evaluación de la calidad de vida en distintas situaciones y diferentes grupos de población, y
- 5) Mantuviera un rigor psicométrico y un desarrollo sistemático. Los ítems de que consta han sido obtenidos a partir de respuestas realizadas por pacientes con un amplio espectro de enfermedades, por personas sanas y por profesionales de la salud. (Aranibar, *s.f.*)

El instrumento evalúa globalmente la calidad de vida a través de 100 preguntas, y analiza 6 dimensiones (factores) y 24 subdimensiones (subfactores). Los sujetos contestan a las preguntas a través de una escala de cinco puntos, referidos a la intensidad o la frecuencia, la satisfacción o la capacidad. En la Figura 6, se muestran los factores y subfactores que recoge esta escala. (Nieto, 2004)

Por otro lado, el WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998 en Acosta, Vales, Echevarría, Serrano y García, 2013) de 26 reactivos se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos), para evaluar la CV de forma que permitiera resumir áreas y se empleara en aquellos casos que se requieren resultados rápidos y sencillos, sin perder sus propiedades psicométricas. Las cuatro áreas que cubre este cuestionario son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

Tanto el WHOQOL-100 como el WHOQOL-BREF tienen una buena validez discriminante, de contenido y una adecuada fiabilidad test-retest. Las puntuaciones en las áreas del WHOQOL-BREF se correlacionan con un coeficiente de 0,9 con las del WHOQOL-100. Ambos instrumentos están disponibles en más de 20 idiomas diferentes. La versión idiomática apropiada en cada país, y el permiso para usarlo, puede obtenerse en cada centro nacional de la OMS.

El **MOS SF-36** realizado por Ware (1992, en Nieto, 2004) es uno de los instrumentos genéricos de CV más utilizados en pacientes crónicos en el mundo. Consta de 36 apartados, agrupados en 8 escalas: salud general, vitalidad, función física, rol físico, dolor corporal, función social, rol emocional y salud mental. Ofrece además dos medidas globales, el componente físico y el componente mental, que se obtienen sumando las puntuaciones de ambas escalas. El SF-36 es una forma abreviada del instrumento. Es autoadministrado y consta de 36 ítems que evalúan 5 áreas, divididas a su vez en subáreas. Requiere unos 5-10 minutos para su cumplimentación, proporcionando un perfil de estado de salud basado en la puntuación alcanzada en cada una de las 8 escalas o conceptos de salud. Éste es

uno de los instrumentos genéricos más recomendable por diferentes razones: 1) Su universalidad, ya que es uno de los instrumentos genéricos más utilizados, no sólo en los Estados Unidos, sino en otros muchos países; 2) Su exhaustivo y riguroso estudio psicométrico; 3) La facilidad de su manejo, tanto por parte del clínico como del paciente; 4) La facilidad, rapidez y utilidad de la interpretación de los resultados.

Otros instrumentos desarrollados para medir la Calidad de Vida son:

El cuestionario **EQ-5D** (The EuroQoL Group, 1990 citado en Acosta et al., 2013) es un instrumento que mide la calidad de vida en relación con la salud y está compuesto por cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y estado de ánimo.

Entre las medidas de Calidad de Vida global a escala individual, posiblemente la de mayor potencial sea la **Comprehensive Quality of Life Scale (ComQoL-A5) – Escala Integral de Calidad de Vida** (Rapley, 2003, en Fernández- Mayoralas y Rojo, 2005). Desarrollada por Cummins, la **ComQoL-A5** es un instrumento autoadministrado que teoriza la Calidad de Vida como un constructo multidimensional, descrito en términos objetivos y subjetivos. Selecciona siete dominios (Bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, lugar en la comunidad y bienestar emocional). (Fernández- Mayoralas y Rojo, 2005)

Agenda para la evaluación de la Calidad de Vida Individual (The Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life, SEIQoL): elaborada por O’Boyle et al., (1995 Fernández- Mayoralas y Rojo, 2005). Su propósito es evaluar la calidad de vida desde una perspectiva individual. Está diseñada para ser aplicada en adultos (18 a 95 años) enfermos o sanos. No se puede aplicar a personas con discapacidad cognitiva. La primera parte del SEIQoL es una entrevista semi-estructurada, donde el individuo nombra las cinco áreas de vida que considera más importante para su calidad de vida general. Para ponderar la importancia dada por el individuo a cada área de vida seleccionada se utilizan 30 ítems.

Cuestionario de calidad de vida: El cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca (1991), consta de 35 ítems evalúa la satisfacción del individuo en las siguientes dimensiones: Apoyo social (9 ítems), Satisfacción general (13 ítems), Bienestar físico/psíquico (7 ítems), Distensión laboral/tiempo libre (6 ítems). El instrumento permite obtener puntuaciones en cada una de las cuatro subescalas, así como una puntuación global.

Calidad de Vida Laboral

El concepto de Calidad de Vida Laboral fue introducido originalmente en Estados Unidos durante la década de los 60, en referencia a la calidad de las relaciones entre trabajadores y el medio ambiente laboral considerado como un todo. Se buscaba enfatizar la dimensión humana del trabajo, frecuentemente olvidada por la prioridad a los criterios técnicos y económicos empleados, para el diseño de los puestos de trabajo. (Espinosa, 2002)

En la década de los 50 en Estados Unidos y en los países desarrollados de Europa, se extiende el concepto de Seguridad Industrial como una forma de atender la salud de las personas en las empresas, minimizando lesiones, muertes y daños psicológicos, lo cual tuvo un impacto positivo sobre un aspecto fundamental de la CV, principalmente en la salud y la integridad física, a través de una cultura de prevención de accidentes. (Espinosa, 2002)

Posteriormente, a fines de los años 60 y comienzos de los 70, el Ministerio de Trabajo de los E.U.A. y la Fundación Ford empiezan a usar el concepto de calidad de vida en el trabajo como algo que va más allá de la pura satisfacción del puesto de trabajo, intentando incluir aspectos importantes como la participación en la toma de decisiones, el grado de autonomía en el trabajo, y el rediseño de puestos de trabajo y estructuras organizacionales. (Espinosa, 2002)

Durante los años 70 y 80 surgen nuevos conceptos como el de “just in time” (justo a tiempo), círculos de calidad, gestión centralizada en los procesos más que en el

producto, entre otros. Con esto las empresas contemplaron mejorar la vida del trabajador en los aspectos familiar y social. (Espinosa, 2002)

Durante las tres últimas décadas han surgido varias definiciones de Calidad de Vida Laboral (CVL), predominando diferentes términos como consecuencia de las experiencias de trabajo sobre la satisfacción laboral y salud mental de los individuos; beneficios para las personas, lo cual afectaría la organización; enriquecimiento y humanización del trabajo; motivación, entre otros.

Según Espinosa y Morris (2002, en Uribe, Garrido y Rodríguez, 2011), la CVL es la percepción que tienen los empleados de la organización acerca de las condiciones del trabajo, ambiente laboral y la sinergia entre la vida laboral, personal y familiar.

Las primeras definiciones de la Calidad de Vida Laboral señalan una concepción general, que basa la valoración del individuo con relación a su medio de trabajo, términos como satisfacción laboral, experiencias en la organización, motivación por el trabajo, proceso de humanización, necesidades personales o vida privada son las que prevalecen. (Walton, 1973; Katzell et al., 1975 y Suttle, 1977; citados en Segurado y Agulló, 2002), la CVL cambia de perspectiva hacia la organización con referencia al conjunto de procesos y cambios en la dinámica organizacional que repercute en el trabajador, adquiriendo nuevos términos: eficacia organizacional, participación, solución de problemas, toma de decisiones, bienestar del trabajador, estrategias para incrementar los niveles de productividad, satisfacción laboral, aspectos operativos y relacionales del trabajo (Segurado y Agulló, 2002). Posteriormente, se caracterizó por la relación de la satisfacción que el trabajo le genera a la persona centrándose más en el individuo y por otro lado, se destaca el papel de las organizaciones que están influidas por las nuevas formas de gestionar los recursos humanos.

En el contexto laboral, la CV tiene un significado multifactorial que va desde una actividad laboral que sea compatible con nuestras competencias conductuales y capacidades, para adaptarnos psicológica, social y biológicamente al mismo,

hasta las condiciones o factores de riesgo laboral en que se desarrolla (riesgos físicos como el ruido, temperatura, hasta los psicosociales como el estrés y el acoso psicológico), que no deterioren nuestra salud; pero lleva incluido la formación profesional, el nivel socioeconómico previo, la remuneración, las relaciones interpersonales en el trabajo, la propia personalidad y el estilo de vida, sin dejar de lado la estructura organizacional y funcional de la empresa. Y si todo ese conjunto de factores que también interactúan con su vida personal y familiar como ser social, mantienen un equilibrio que permita un estado de satisfacción y de salud física, social y mental adecuado, puede considerarse que se tiene CV. (González, 2006)

A continuación se muestran diversas definiciones sobre Calidad de Vida Laboral

Tabla 7. Definiciones de Calidad de Vida Laboral

Autor	Definición
Katzell, Yankelovich, Fein Ornati y Nash (1975)	“...un trabajador disfruta de alta CVL cuando (a) experimenta sentimientos positivos hacia su trabajo y sus perspectivas de futuro, (b) está motivado para permanecer en su puesto de trabajo y (c) cuando siente que su vida laboral encaja bien con su vida privada, de tal modo que perciba que existe un equilibrio entre las dos de acuerdo con sus valores personales”.
Hoffenberg y Dyer (1975)	“Se define en términos de las contribuciones de las organizaciones para atender las necesidades económicas y psicosociales de los individuos implicados en el logro de los objetivos organizacionales”.

Tabla 7. Continuación

Autor	Definición
Carlson (1980)	“Es una meta y a la vez un proceso continuo para ir mejorando esa meta. Como meta, la CVL es el compromiso de toda organización por mejorar el trabajo; la creación de un entorno de trabajo y puestos con mayor implicación, satisfacción y eficacia para las personas a todos los niveles de la organización. Como proceso, apela a los esfuerzos para lograr estas metas a través de una implicación activa de las personas dentro de la organización”.
Nadler y Lawler (1983)	“...forma de pensar sobre las personas, el trabajo y las organizaciones. Sus elementos distintivos tienen que ver con (1) el impacto del trabajo sobre las personas y sobre la eficacia organizacional y (2) la participación en la solución de problemas y toma de decisiones organizacional”.
Mirvis y Lalwer (1984)	“una relación económica, social y psicológica entre la organización y sus empleados. En términos funcionales puede ser representada $CVL = f(O, E)$, donde O representa las características del trabajo y del ambiente de trabajo en la organización”.

Tabla 7. Continuación

Autor	Definición
Mateu (1984)	“la oportunidad para todos los empleados, a todos los niveles de la organización, de influir eficazmente sobre su propio ambiente de trabajo, a través de la participación en las decisiones que afectan al mismo, logrando así una mayor autoestima, realización personal y satisfacción en su trabajo”.
Turcotte (1986)	“la dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del hombre con el fin de lograr una mayor congruencia con su espacio de vida total”.
Sun (1988)	“...un proceso dinámico y continuo para incrementar la libertad de los empleados en el puesto de trabajo mejorando la eficacia organizacional y el bienestar de los trabajadores a través de intervenciones de cambio organizacional planificadas, que incrementarán la productividad y la satisfacción”.

Tabla 7. Continuación

Autor	Definición
Fernández y Giménez (1988)	“El grado en que la actividad laboral que llevan a cabo las personas está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como relacionales, en orden a contribuir a su más completo desarrollo como ser humano”.
Robbins (1989)	“Es el proceso a través del cual una organización responde a las necesidades de sus empleados desarrollando los mecanismos que les permitan participar plenamente en la toma de decisiones de sus vidas laborales”.
Fernandez (1990)	“Gestión dinámica y contingencial de los factores físicos, tecnológicos y socio psicológicos que afectan la cultura y renuevan el clima organizacional, reflejando en bienestar del trabajador y productividad de las empresas”.
González, Peiró y Bravo (1996)	“Puede ser definida como la estimación o la apreciación subjetiva del conjunto de compensaciones que se obtienen del entorno y de la actividad laboral, y que responden en niveles satisfactorios a las demandas, expectativas, deseos y necesidades de esa persona en el propio trabajo y fuera de él”.

Tabla 7. Continuación

Autor	Definición
De la Poza (1998)	“La CVL haría referencia a un conjunto de estrategias de cambio con objeto de optimizar las organizaciones, los métodos de gerencia y/o los puestos de trabajo, mediante la mejora de las habilidades y aptitudes de los trabajadores, fomentando trabajos más estimulantes y satisfactorios y traspasando poder, responsabilidad y autonomía a los niveles inferiores”.
Fernández Ríos (1999)	“Grado de satisfacción personal y profesional existente en el desempeño del puesto de trabajo y en el ambiente laboral, que viene dado por un determinado tipo de dirección y gestión, condiciones de trabajo, compensaciones, atracción e interés por las actividades realizadas y nivel de logro y autodesarrollo individual y en equipo”.
Lau y May (2000)	“la CVL se define como las condiciones y ambientes de trabajo favorables que protegen y promueven la satisfacción de los empleados mediante recompensas, seguridad laboral y oportunidades de desarrollo personal”.

Fuente: Adaptado de Da Silva (2006).

Segurado y Agulló (2002, p. 831) concluyen que el objetivo de la CVL está en “alcanzar una mayor humanización del trabajo a través del diseño de puestos de trabajo más ergonómicos, unas condiciones de trabajo más seguras y saludables, y unas organizaciones eficaces, más democráticas y participativas capaces de satisfacer las necesidades y demandas de sus miembros además de ofrecerles oportunidades de desarrollo profesional y personal”. Éste concepto de CVL será tomado como base para la presente investigación, ya que aborda el entorno físico y social del trabajo, al igual que la seguridad, integridad y desarrollo profesional del trabajador, sin olvidar los cambios en que las empresas necesitan encaminarse .

En 2006, Lázaro González menciona que el elemento fundamental para un alto nivel de CVL es que el individuo tenga la posibilidad real de realizar el trabajo, acorde a sus capacidades y vocaciones, y donde la riqueza de contenido se encuentre presente, tales como:

- Contenido de elementos intelectuales
- Necesidad de desarrollar iniciativas y creatividad
- Autonomía
- Variabilidad de situaciones
- Dificultad

Estos indicadores harán que el trabajador incremente sus capacidades en relación del avance científico y tecnológico, la universalización de la enseñanza, el pleno empleo, el perfeccionamiento de la planificación económico social y el desarrollo de los métodos de orientación vocacional.

Calidad de Vida en México

En México, el tema de Calidad de Vida es relativamente nuevo aún entre las personas dedicadas al desarrollo de la ciencia, y no existen instancias oficiales a cargo de monitorear de manera sistemática la percepción que tienen las personas sobre sus vidas. En el campo de la investigación social en México el tema comenzó a cobrar interés en las últimas dos décadas, especialmente desde

disciplinas como la Psicología, la Sociología y más recientemente la Economía. (Garduño, 2005)

Las tendencias que han dominado el estudio de la Calidad de Vida en nuestro país están basadas principalmente en indicadores sociales y económicos. De esta aproximación han surgido diferentes conceptos e indicadores como el índice de desarrollo y progreso social, nivel de vida, bienestar, etc. A partir de 1990, el PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) impulsa la elaboración de un índice de desarrollo humano que considera aspectos materiales y objetivos. Este índice se ha considerado, desde la perspectiva objetiva, el esfuerzo más acabado de medir el desarrollo y representa un aporte al estudio de la calidad de vida a nivel macro. (Garduño, 2005)

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) – PNUD

La CV de la población mexicana según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) coloca a México en el lugar 71 de 187 países evaluados, donde hubo un retroceso de un lugar en comparación al 2013.

De acuerdo con el documento presentado el 21 de julio del 2014 en Tokio, por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el IDH es una medida comparativa que utiliza diversos indicadores para su cálculo: esperanza de vida al nacer, años promedio de escolaridad (en personas mayores de 25 años) y años esperados de escolarización e ingreso familiar disponible o consumo per cápita, correspondientes a países de todo el mundo. Esto con el fin de señalar si un país es desarrollado, en desarrollo o subdesarrollado, y para medir el impacto de las políticas económicas sobre la CV.

Según el coordinador de Oficina de Investigación en Desarrollo Humano en México del PNUD, Rodolfo De la Torre, mencionó que a pesar de que el país pasó del lugar 70 al 71, el IDH continúa en expansión, destacó el factor salud, el cual ha presentado un crecimiento importante. (Langner, 2014)

El IDH evalúa los siguientes parámetros: vida larga y saludable, educación y nivel de vida digno. Asimismo, define un valor mínimo y máximo para cada dimensión y luego muestra el promedio expresado mediante un calificador entre cero y uno. México obtuvo el 0.756.

El PNUD divide a los países en cuatro categorías de desarrollo humano: muy alto, alto, medio y bajo. México conservó su categoría y se ubica dentro de las naciones con un desenvolvimiento “Alto”.

Como mencionaba el coordinador Rodolfo De la Torre, a pesar de que el IDH en México está en expansión y en la región de América Latina y el Caribe redujo su inequidad, la desigualdad en el país es muy grande y, al introducir este factor al conteo total del indicador, le costó al desarrollo humano mexicano una caída de 13 lugares. (Langner, 2014)

ÍNDICE DE PROSPERIDAD LEGATUM – INSTITUTO LEGATUM

Retomando los estudios internacionales, el Instituto Legatum año con año lleva a cabo su Índice de Prosperidad Legatum, en el cual evalúa la Calidad de Vida. Los resultados para México entre el 2009 al 2013, se caracterizó por su caída de siete lugares, quedando en el puesto 59 de las 142 naciones evaluadas, de acuerdo al año pasado. El estudio está compuesto por una variedad de factores como son la riqueza, el crecimiento económico, el bienestar personal y la calidad de vida. A nivel continental, México quedó en el lugar 11 de los 24 países americanos.

El índice de Prosperidad Legatum, señala las 89 variables que son evaluadas y se agrupan en 8 sub-índices siendo los siguientes:

- Economía
- Emprendedores y Oportunidades
- Gobernabilidad
- Educación
- Salud

- Seguridad y Protección
- Libertad Personal
- Capital Social

Para México, el área donde obtuvo mejor puntuación fue en Economía (27), avanzando tres lugares por el incremento de las expectativas económicas y la volatilidad ajustada de la inversión extranjera directa. La peor puntuación la obtuvo en Seguridad y Protección (104). En educación, en comparación con el resto de los países, quedó en el puesto 82, en tanto que en Emprendedores y Oportunidades se ubicó en el lugar 73; Gobernabilidad, 66; Salud, 52; Libertad Personal, 81 y Capital Social, 76.

¿CÓMO VAMOS, CIUDAD DE MÉXICO?

En el estudio publicado en mayo del 2014, titulado “¿Cómo vamos, Ciudad de México?” realizado por El Universal y con las colaboraciones de especialistas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), con la finalidad de dar seguimiento a los cambios en torno a la CV de los residentes de la Ciudad de México. El propósito es brindar a los capitalinos información sobre temas como el empleo, gobierno, pobreza, educación, entre otros, que les permita tener un indicador sobre los aspectos que influyen en su vida diaria.

A continuación se presentarán algunos resultados y datos relevantes de cada factor del estudio hecho (ADN Político, 2014):

Ingreso y empleo

- El promedio de ingreso laboral mensual en el Distrito Federal es de 6,873.5 pesos, un 30.6% más alto que el promedio nacional, sin embargo, la capital tiene una mayor tasa de desempleo en comparación con el resto de las entidades federativas.

- En la capital, el ingreso promedio mensual de los hombres es de 6,532.1 pesos, cifra que es 15.7% mayor al de las mujeres, quienes perciben 5,645.9 pesos al mes, según el estudio.
- En el segundo trimestre de 2013, la tasa de desocupación en el Distrito Federal fue de 6.9%, mientras que la media nacional fue de 5.0%, por lo que, según el estudio, el dato de desempleo es uno de los indicadores que requieren mayor atención en la capital, asevera el reporte.
- El 11.5% de niños entre 14 y 17 años de edad trabajan en el Distrito Federal, cifra que está por debajo del promedio nacional, el cual es de 18%.
- La tasa de participación laboral de las mujeres tiene 5 puntos porcentuales (46.8%) más en el Distrito Federal que en el resto del país.

Pobreza y desigualdad

- De acuerdo con el Índice de Tendencia Laboral de la Pobreza (ITLP), porcentaje de personas que no pueden adquirir la canasta alimentaria con el ingreso que obtienen por su trabajo, del primer trimestre de 2010 al segundo trimestre de 2013, en el Distrito Federal dicho índice creció en un 26%.
- Según el estudio, entre 2010 y 2012, se sumaron poco más de 27,000 personas al índice de pobreza extrema en el Distrito Federal.

Educación

- Del total de la población de menores de entre 5 y 17 años en el Distrito Federal, el 7.9% no estudia; mientras que dicho porcentaje asciende al 21.6% en el rango de edad de entre los 15 y los 17 años.
- La tasa actual de deserción en la educación media superior a nivel nacional es de 15%, lo que implica que anualmente más de 650,000 adolescentes abandonan las aulas. En el Distrito Federal, el indicador alcanza 20.5%.
- De acuerdo con el estudio, los niños de las familias que se ubican en los estratos más pobres tienen la mayor probabilidad de abandonar las aulas.

Adicionalmente, condiciones como la discapacidad, la migración, el trabajo infantil y la etnia constituyen barreras al acceso a la educación, aún cuando la cobertura sea suficiente.

Salud

- El promedio de edad de muerte en la Ciudad de México es de 65.3 años, reporta el estudio.
- Según datos de la Primera Encuesta de Percepción Ciudadana de Calidad de Vida del estudio ¿Cómo vamos, Ciudad de México? (PEPCCV), de la población de 15 años y más, el 78.5% tiene aseguramiento en salud, sin embargo, la percepción de los habitantes sobre la accesibilidad a las clínicas y hospitales cuando los necesitan no es del todo buena, pues 44.2% consideran que es “muy difícil” o “difícil” llegar a ellas.
- Con base en el estudio, 58 de cada 100 pacientes que acuden al sector público consideran que el servicio es muy bueno.

Cultura, recreación y deporte

- De acuerdo con resultados del estudio, los motivos por los cuales las personas no realizan con más frecuencia las actividades que disfrutan hacer, es la falta de dinero, tiempo y conocimiento.
- De cada 100 ciudadanos, 61 perciben que las escuelas promueven actividades culturales, dentro y fuera de sus instalaciones. La percepción es más favorable entre la juventud, donde de cada 100 jóvenes, 70 creen que las escuelas sí impulsan actividades culturales.
- La tercera parte de la población encuentra en internet un medio de entretenimiento y en el caso de los jóvenes es 71%, indica el reporte.

Vivienda

- El 80% de los habitantes del Distrito Federal indicó que resulta difícil acceder a una vivienda, esto por el alto costo de las casas y debido a la localización lejana de los nuevos conjuntos habitacionales.
- Con base en el reporte, en la capital hay una “oferta limitada” de la vivienda social, fenómeno que, de acuerdo con expertos, se debe a que cada vez hay más empleo informal que no permite acceder a financiamiento habitacional y porque el costo de la vivienda es muy alto con relación al ingreso promedio de las personas.

Desarrollo urbano

- Con base en el reporte, en los últimos 30 años la superficie de la Zona Metropolitana del Valle de México se ha incrementado 3.6 veces y su población ha pasado de 14 a 20 millones.
- Según el estudio realizado por El Universal, los ciudadanos gastan en promedio 47 pesos al día para trasladarse de su hogar a sus actividades diarias y de regreso. Esto equivale al 73% de un salario mínimo actual.

Movilidad y transporte

- De acuerdo con datos utilizados en el reporte, el promedio diario de pasajeros que utilizan el transporte público masivo en la Ciudad de México, de lunes a viernes, es de 6 millones 140,921 personas; mientras que los fines de semana, es de 3 millones 963,627.

Medio ambiente

- Según el estudio, 1 de cada 3 días en la Ciudad de México el “nivel de ozono” en el aire rebasa los niveles aceptados por la norma.

- El porcentaje en áreas verdes de 17.4 parece alto para la Ciudad de México. Sin embargo, está influenciado por los suelos de conservación de las delegaciones y municipios del sur de la ciudad.
- A pesar de que 7 de cada 10 habitantes considera que la sociedad es responsable de cuidar el ambiente, la participación de la ciudadanía en el cuidado del mismo es baja, ya que alcanza solamente el 35% en actividades pasivas.

Seguridad y justicia

- El 30.9% de los habitantes de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM) con 15 o más años de edad considera que “el problema de la inseguridad” en el lugar en donde viven ha aumentado mucho.
- Datos citados en el reporte, indican que por cada 1,000 habitantes hay 4 policías.
- La tasa de homicidios dolosos en el Distrito Federal, de acuerdo con datos recabados en el reporte, es de 12.3 al año por cada 100,000 habitantes, mientras que la del robo de autos asciende a 207.7; en tanto la de secuestros es de 0.7.

Gobierno

- El 58% de los capitalinos dice estar en descontento con la democracia (gobierno e instituciones públicas), indica el reporte.
- Según el estudio, en la capital del país participan más en el entorno inmediato las personas de mayor nivel socioeconómico, quienes a su vez son también los menos insatisfechos con la democracia y los que más confían en organizaciones de la sociedad civil.
- El descontento con la relación específica entre gobierno y ciudadanía es alto, particularmente en la “atención para trámites”. En una escala del 1 al 10, el Gobierno del DF obtuvo una puntuación de 4.43, según datos citados en el reporte.

Resumen

El interés por estudiar la Calidad de vida incrementó de forma considerable en el siglo XX, actualmente es un término usado no sólo en diferentes ámbitos académicos, sino también en la sociedad en general.

Como consecuencia de lo anterior, existen un sinnúmero de elaboraciones realizadas por profesionales, con el propósito de llegar a la mejor definición del concepto. La OMS en 1991, creó un equipo de trabajo enfocado al estudio de la Calidad de Vida (World Health Organization Quality of Life – WHOQOL), el cual propone una definición de consenso, a partir de la cual se desarrolló un instrumento que incluye 6 factores para evaluar la CV: Ámbito Físico, Ámbito Psicológico, Grado de Independencia, Relaciones Sociales, Medio y Espiritualidad.

Debido a que la Calidad de Vida requiere de métodos de evaluación válidos y confiables, diversos autores han realizado instrumentos que abarcan diferentes dimensiones, dada la naturaleza del concepto. Algunos de los instrumentos más usados en la práctica clínica y en investigación son el Cuestionario de Calidad de Vida (QLQ por sus siglas en inglés), el Inventario de Calidad de Vida, el Instrumento para medir Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL- 100 por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Indicadores de Salud (MOS SF- 36 por sus siglas en inglés).

En nuestro país el tema de Calidad de Vida es relativamente nuevo, si bien se ha incrementado el interés por su estudio desde disciplinas como la Psicología, la Sociología y la Economía. Éstos estudios aplicados en nuestro país se enfocan principalmente en indicadores sociales y económicos. Algunos de los indicadores más importantes son el Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado por el PNUD (Programa de las Naciones Unidas) y el Índice de Prosperidad Legatum. Se destaca también el estudio realizado por la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma Metropolitana, en el que obtuvo información acerca de indicadores de CV en residentes de la Ciudad de México.

Debido a que uno de los objetivos principales de esta Tesis es obtener un instrumento psicológico para evaluar Calidad de Vida, en el siguiente capítulo se tratarán temas relacionados con Psicometría, la construcción de instrumentos de medición en Psicología y los análisis estadísticos frecuentemente usados en investigación psicológica.

CAPÍTULO 3

PSICOMETRÍA

Este capítulo inicia con la conceptualización acerca de la medición en Psicología, con el fin de entender mejor la importancia de contar con instrumentos de medición confiables y válidos. Se realiza un repaso sobre los aspectos fundamentales en la creación de un nuevo instrumento, la Psicometría y la Teoría de los Tests.

En el tema de Diseño del Test se presentan los tipos de formato de pregunta y respuesta más usados en Psicología. Se revisa posteriormente las características fundamentales, que posee un instrumento para garantizar la medición en Psicología: confiabilidad y validez.

Finalmente, se exponen algunos de los principales análisis estadísticos usados en investigación psicológica: el Análisis Factorial y los análisis paramétricos.

Medición en Psicología

Para alcanzar el principal objetivo de cualquier ciencia de describir, explicar y predecir los fenómenos que estudia, es necesario recoger y comparar datos que fundamenten sus teorías. La medición es el componente principal de este proceso, ya que una vez que se pueden medir sus datos, se pueden comparar, replicar y establecer modelos matemáticos para su explicación y realizar investigaciones controladas. (Aragón, 2011)

Desde su origen, ha sido cuestionada la clasificación de la Psicología como ciencia, esto se debe principalmente a que resulta complicado el estudio de las variables psicológicas. A pesar de esto, la investigación en Psicología ha conseguido cimentar el desarrollo teórico a través del uso de diferentes perspectivas y métodos (por ejemplo análisis estadístico).

Para Aragón (2011) lo que se estudia en Psicología es la conducta, el comportamiento, es decir, lo que se busca principalmente es medir los atributos psicológicos de la conducta, esto incluye todo lo referente al componente psicológico de la conducta. Podría decirse entonces, que el objetivo de la medición

en Psicología es determinar cuánto está presente de un atributo en determinada persona y esto requiere de una expresión numérica de la cantidad

Test o Prueba psicométrica

La palabra test es un término general empleado para designar cualquier tipo de instrumento o procedimiento para medir aptitudes, rendimiento, intereses, personalidad u otro tipo de conducta psicológica. La palabra test fue utilizada por primera vez por el psicólogo estadounidense James Catell en un artículo publicado en 1980. (Cortada, 2000^a)

Existen concepciones clásicas para definir un test. Una de ellas es la de Anastasi y Urbina (1998, p.4) quien afirmó que “un test es una medida objetiva estandarizada de una muestra de conducta”. Por otro lado, Cronbach (1998 p.59) señala que un test es un “proceso sistemático para comparar la conducta de dos o más personas”; al respecto. Por su parte, Graham y Lilly (1984, citados en Cortada, 2000b) puntualizan que un test “es una muestra estandarizada de conductas de las que pueden inferirse o predecirse otros comportamientos importantes”. Una de las definiciones más relacionadas con la estadística es la de Yela (1980, en Cortada, 2000b), quien afirma que “un test es una situación problemática previamente dispuesta y estudiada, a la que el sujeto debe responder siguiendo ciertas instrucciones y de cuyas respuestas se estima, por comparación con las de un grupo normativo (o un criterio u objetivo) la calidad, índole o grado de algún aspecto de la personalidad”.

Asimismo, se considera un test como un procedimiento estandarizado que sirve para muestrear ciertas conductas de las personas, a partir de sus repuestas a una serie de indicadores (ítems), puntuarlas e inferir su nivel verdadero en el constructo o variable latente. (Abad, Olea, Ponsoda y García 2011)

Al mismo tiempo, para Cortada (2000^a) un test psicológico es un procedimiento sistemático y tipificado, en el cual una persona examinada se enfrenta con un conjunto de estímulos a los cuales debe responder.

Por último, para Reyes-Lagunes (1991) la prueba psicológica es una situación estandarizada experimental, en la que obtenemos una muestra culturalmente representativa de conductas en las que se refleja la característica o atributo que queremos medir.

El hecho de que los puntajes obtenidos sean números, hace posible la aplicación de la estadística a los resultados de los tests, lo cual se denomina psicometría o teoría de los tests. (Cortada, 2000^a)

Psicometría

Como menciona Martínez (1996) los instrumentos de medición psicológica responden a una teoría de medida ya que éstos necesitan demostrar su utilidad y validez científica. Es precisamente la Psicometría la que garantiza que los instrumentos de medición elaborados cuenten con las garantías científicas para su uso.

Etimológicamente, la Psicometría es la disciplina que tiene por objeto la medición de la *psique*; actualmente se define como la medición de capacidades, atributos o características psicológicas. Se caracteriza en primer lugar porque utiliza la formulación matemática, para el desarrollo de teorías y modelos en la medición de variables psicológicas. (Abad et al., 2011)

Es objeto de la Psicometría, el análisis de cualquier asignación numérica que se realiza sobre variables psicológicas, obtenida por diversos procedimientos o instrumentos, en términos de su precisión (error de medida) y validez (inferencias de diverso tipo que pueden realizarse a partir de dichas asignaciones). (Abad et al., 2011)

En síntesis, la psicometría es el conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de variables psicológicas; estudia las propiedades métricas exigibles en las mediciones psicológicas y establece las bases para que dichas mediciones se realicen de forma adecuada. El objetivo de la psicometría es proporcionar modelos para transformar los hechos en datos, con la finalidad de

asignar valores numéricos a los sujetos, sobre la base de sus respuestas. (Muñiz, 1992)

Teoría Clásica de los Tests

Existen diversas teorías que explican el significado de las puntuaciones obtenidas con los tests, como son la Teoría Clásica de los Tests, la Teoría de la Generalizabilidad y la Teoría de Respuesta al Ítem.

El objetivo principal de cualquier teoría de tests es realizar inferencias sobre el nivel en que los sujetos poseen la característica o rasgo observable que mide el test, a partir de las respuestas que éstos han dado a los elementos que forman el mismo. Por lo cual, para medir o estimar las características latentes de los sujetos es necesario relacionar la actuación observable en una prueba, y esta relación debe ser adecuadamente descrita por una función matemática. Las diferentes teorías de tests difieren en la función matemática que utilizan para relacionar la actuación observable en el test, con el nivel del sujeto en la variable inobservable. Esto a su vez, funciona para dar cuenta del error de medida inherente a toda medición psicológica o estimación del error, para así proporcionar una estimación del rasgo o característica evaluada. (Mikulic, 2007)

El problema fundamental de la teoría de los tests, es la relación que existe entre el nivel del sujeto en la variable inobservable que se desea estudiar y su puntuación observada en el test.

La Teoría Clásica de los Tests (TCT) es el modelo dominante en la teoría de tests, utilizándose en las áreas de evaluación psicológica y educativa. Fue desarrollada por Spearman en sus trabajos expuestos entre los años de 1904 a 1913, en conjunto con la elaboración de sus teorías sobre la inteligencia. (Navas, 1994)

El planteamiento inicial en la TCT es el siguiente, para poder graduar la precisión de un instrumento, cuanto más preciso sea éste, más se replicarán nuestras observaciones en sucesivas mediciones. Sin embargo, dos obstáculos acompañan a la medición de variables psicológicas, el primero se encuentra en la dificultad de

obtener medidas repetidas independientes de la persona con el mismo instrumento en un intervalo corto de tiempo. En Psicología, esa falta de independencia puede tener efectos en la replicabilidad de las medidas que no se asocian a la precisión del instrumento. El segundo obstáculo, es que no es posible obtener mediciones directas, es decir, no se puede tener acceso directo al valor real de un atributo psicológico. (Abad et al., 2011)

La teoría clásica de los tests tiene que ver con el estudio de los problemas anteriores, y con la búsqueda de métodos basados en la estadística y diseño experimental para darles solución. Se basa principalmente en el Modelo Lineal Clásico de Spearman, el cual fundamenta las puntuaciones de las pruebas, y permite la estimación de los errores asociados a todo proceso de medición. (Aragón, 2011)

La principal idea del modelo de Spearman es que se debe distinguir entre el valor real del atributo que medimos (la puntuación verdadera), y la medida falible que obtenemos en el proceso de medición (la puntuación observada). Las medidas que tomamos incluyen un cierto grado de error. El error de medida expresa el grado en que nuestra medida se desvía del valor real. (Abad et al., 2011)

A partir de este sencillo modelo y del conjunto de supuestos en que se basa, es posible construir pruebas y analizar sus elementos, así como determinar su confiabilidad y validez, el cual se expresa como:

$$X = V + e$$

En donde:

X es la puntuación empírica de un sujeto

V es la puntuación verdadera y

E es el término de error

La puntuación obtenida de un sujeto en una prueba (**X**), es igual a la puntuación verdadera (**V**) que nunca se puede conocer, más el error de medición ϵ ; mientras

más confiable sea la prueba y menor el error, la puntuación empírica se acercará más a la puntuación verdadera. (Aragon, 2011)

A nivel empírico, si el instrumento está bien construido, esperaríamos que la puntuación obtenida por el sujeto reflejara lo mejor posible su puntuación verdadera, y el error de medición fuera cercano a cero, de acuerdo con la teoría clásica de los tests, esperamos que en la medición de atributos psicológicos, la puntuación obtenida por un sujeto en una prueba se acerque lo más posible a su ejecución real con el mínimo posible de errores, esto es, que el instrumento sea confiable para medir el atributo que nos interesa. (Aragón, 2011)

La Teoría Clásica de los Tests (TCT) es en síntesis, el conjunto de principios teóricos y métodos cuantitativos derivados de ellos, que fundamentan la construcción, aplicación, validación e interpretación de distintos tipos de tests y que permiten derivar escalas estandarizadas aplicables a una población (Hambleton, 1994, citado en Mikulic, 2007). Los principios en los que se basa son relativamente simples y se aplican tanto a pruebas de desempeño como de aptitud.

Creación de nuevos test con base en la Psicometría

La elaboración de las pruebas implica la aplicación de principios establecidos, lo cual significa que la obtención de una buena prueba no es una cuestión fortuita sino la respuesta a diversas interrogantes como son las siguientes:

- ¿Qué es lo que la prueba medirá según su diseño?
- ¿Cuál es el objetivo de la prueba?
- ¿Existe necesidad de esta prueba?
- ¿Quién usará esta prueba?
- ¿Qué contenido abarcará esta prueba?
- ¿Cómo se aplicará la prueba?
- ¿Cuál es el formato ideal de la prueba?
- ¿Debería elaborarse más de una forma de la prueba?

- ¿Qué capacitación especial se requerirá de los administradores de la prueba para aplicarla o interpretarla?
- ¿Qué clases de respuesta se requerirán de quienes respondan la prueba?
- ¿Cómo se interpretarán los resultados de la prueba?

CONSTRUCCIÓN DE UN TEST O PRUEBA PSICOMÉTRICA

Como se explicaba anteriormente, el objeto de la medida de los tests no suele ser directamente observable. Las variables como agresividad, paranoidismo, sugestionabilidad o rapidez perceptiva, son rasgos latentes que pueden servir para explicar ciertas conductas, sin embargo, éstas no pueden medirse, analizarse o estudiarse a través de un microscopio o un laboratorio. (García, 1993)

Al iniciar la construcción de un test, es indispensable tener definido el rasgo que se desea medir y la relación que este rasgo puede tener con la conducta observable. Las diferencias que señalan Kerlinger y Lee (2002) entre constructos y definiciones operativas son las siguientes; los constructos se pueden definir de dos formas generales, primero podemos definir una palabra con el uso de otras palabras, siendo el ejemplo común, lo que es el diccionario. Segundo, podemos definir una palabra o constructo con las acciones o comportamientos que expresa o implica. De este modo, surgen las que se denominan Definiciones Constitutivas y Definiciones Operacionales. Siendo las primeras, aquellas que se dan cuando los constructos están definidos por los mismos constructos, y en cambio las Operacionales, se presentan cuando se aporta el significado al especificar las actividades y operaciones necesarias para medir o evaluar el constructo.

Según Torgerson (1958, citado en García, 1993), la medida será más válida, cuanto sea más fuerte la relación existente entre un constructo teórico y su operacionalización.

PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN TEST SEGÚN GARCÍA (1993)

A. Análisis del rasgo

Por selección de rasgo, es saber qué es lo que va a ser medido, definirlo (constructo/definición operacional) y pensar en la adecuación del instrumento de medida que se quiere construir con las características del rasgo que se quieren medir. En ésta fase se deben dar respuestas a preguntas tales como “¿Qué se va a medir?”. Ésta pregunta es necesaria contestarla de forma operativa, huyendo de definiciones filosóficas, etimológicas o declaraciones de principios.

B. Elaboración de un conjunto de ítems

Los ítems han de ser adecuados también para explorar las conductas que pueden dar información sobre el rasgo sometido al proceso de la medida. Es conveniente que el número de ítems sea suficientemente extenso para tener un amplio margen de elección.

C. Selección de ítems

- Análisis subjetivo

En esta etapa se recomienda que sea realizada por especialistas informados acerca del objeto de la medida y de la definición que se ha dado sobre el rasgo que se mide para la utilización posterior del test, así como definir la muestra (cuáles son las características del grupo al que va dirigido el test, etc.). Los ítems pocos claros, de interpretación dudosa, con poca relación con el campo de interés, ambiguos, repetitivos, de complicada sintaxis, deben ser eliminados. Después de esta primera selección aún se ha de disponer de suficiente número de ítems para llevar a cabo el análisis objetivo.

- Análisis objetivo

Para la selección de ítems con base en el análisis estadístico de los mismos hay que tener en cuenta bajo qué modelo se va a construir el test:

- Teoría Clásica

La selección de ítems según la TCT se hará teniendo en cuenta los siguientes criterios de selección:

1. Índice de homogeneidad del ítem
2. Índice de validez del ítem
3. Índice de dificultad del ítem
4. Poder discriminativo del ítem
5. Coeficiente de confiabilidad del test, por su relación con el número de ítems del mismo

b) Teoría de Respuesta al Ítem

Para Hambleton y Swaminathan (1985), los criterios para la selección de ítems son los siguientes:

1. Dificultad del ítem
2. Discriminación del ítem
3. Bondad de ajuste del ítem al modelo
4. Grado deseado de la función de información del test, por su relación con el número de ítems

D. Estudio de la confiabilidad

Como cualquier instrumento de medida, el test ha de ser confiable, es decir, constante en sus medidas y homogéneo. Diversos métodos estadísticos son utilizados para obtener información sobre el grado de confiabilidad del test, como es el alfa de Cronbach.

E. Estudio de la validez

En esta fase, se comprobará que el test sirve realmente para medir aquello que con él se pretende medir. Esta comprobación ha de ser llevada a cabo mediante métodos subjetivos y con metodología estadística, dependiendo del tipo de validez que se vaya a estudiar.

F. Estandarización de los resultados

El proceso de estandarización (tipificación o normalización) del test, consiste en una serie de transformaciones de los resultados o puntuaciones directas obtenidas de la aplicación del test de tal forma que éstos (los resultados o puntuaciones obtenidas) puedan ser interpretados de manera adecuada y correcta.

G. Normas de aplicación

Para su correcta aplicación, es inminente disponer de una serie de instrucciones que hagan fácilmente comprensible a los sujetos a quienes se vaya a aplicar el test la forma de responderlo. Éstas conviene que estén escritas de tal forma que sean siempre las mismas para todos los sujetos.

H. Piloteo

Una vez realizada la aplicación de la prueba piloto y habiendo obtenido resultados estadísticos sobre el comportamiento de cada ítem, se podrán tomar decisiones sobre cuáles de ellos deben integrar la forma final del test y a su vez, hacer estimaciones de su confiabilidad y validez

La lógica de este proceso de análisis es obtener pruebas lo más homogéneas posibles, es decir, donde todos los reactivos se relacionen con un núcleo común de medición que es el constructo o dominio, información que se obtiene aplicando a los reactivos de una escala el coeficiente alfa de Cronbach por ejemplo.

Diseño de la prueba

El término formato le pertenece a la forma, al plan, a la estructura, arreglo o disposición de los reactivos de la prueba, así como las consideraciones específicas, como los límites de tiempo establecidos. (Cohen y Swerdlik, 2006)

Esta es una fase muy importante dentro de la construcción del test, ya que se diseña la estructura y formato final para su aplicación. Algunos aspectos a considerar para elaborar este formato final son el tipo de reactivos y los formatos de respuesta.

Cuando se habla de tipo de ítems se habla del formato de los mismos, el cual está evidentemente relacionado con el atributo psicológico que se está midiendo. Se han sugerido varios métodos para clasificar los reactivos de acuerdo con el formato o la forma de la respuesta requerida. (Aiken, 2003)

Existen formatos de selección de respuesta y de construcción de respuesta, los primeros facilitan la calificación automatizada y pueden aplicarse a varios evaluados. En cambio, el formato de selección de respuesta se refiere a presentar una elección de respuestas y requerir la selección de una alternativa; existen tres tipos: los ítems de opción múltiple, los ítems de relación y los ítems de verdadero/falso. Un reactivo de opción múltiple consta de tres elementos un enunciado o base del ítem, una alternativa u opción correcta o clave y varias alternativas u opciones incorrectas llamadas distractores. (Miculik, 2007)

En las pruebas de rendimiento óptimo (por ejemplo, las pruebas de inteligencia) es frecuente encontrar reactivos con formato de respuesta de múltiples opciones, de las cuales solamente una es la correcta. Sin embargo, en pruebas que estiman actitudes o constructos relacionados con personalidad (pruebas de rendimiento típico), pueden desarrollarse ítems cuyas opciones de respuesta no implique necesariamente que una opción sea la correcta y las demás incorrectas, es decir, todas las opciones tienen algún valor relacionado con el constructo que se mide.

Mediante las pruebas de rendimiento típico se quiere reflejar el comportamiento ordinario de las personas, no teniendo sentido el concepto de rendimiento máximo dado que el objeto de la evaluación es algún tipo de opinión, actitud o rasgo de personalidad. El formato de respuesta de los cuestionarios de rendimiento típico se ajusta a alguno de los siguientes (Abad, García, Gil, Olea, Ponsoda y Revuelta, 2004):

- Opción binaria: La persona debe manifestar si está de acuerdo o en desacuerdo con una afirmación. Por ejemplo, un ítem de un cuestionario sobre la actitud de los padres hacia los profesores de sus hijos puede ser:

“En realidad, los profesores en el colegio hacen poco más que cuidar a nuestros hijos cuando nosotros trabajamos”:

Acuerdo () Desacuerdo ()

- Categorías ordenadas: El formato establece un continuo ordinal de más de dos categorías, que permite a la persona matizar mejor su respuesta. Normalmente, este continuo está formado por 5 ó 7 categorías ordenadas, con una categoría central para indicar la valencia neutra y a partir de la cual posicionarse en uno u otro sentido. Por ejemplo, un ítem sobre la actitud de los adolescentes hacia el consumo de drogas, podría ser el que sigue:

“Las drogas pueden realmente resolver problemas de uno mismo”:

() Muy en Desacuerdo

() Bastante en Desacuerdo

() Neutral

() Bastante de Acuerdo

() Muy de Acuerdo

A veces, se establecen nominalmente los dos extremos del continuo, dejando señaladas las restantes categorías del mismo:

MD _____ MA

o se ordenan numéricamente las categorías sucesivas:

0. 2 3 4 5 6 7

En Psicología es muy común el uso de escalas para la construcción de tests. La elaboración de escalas puede ser explicada como el proceso para establecer reglas, y con ello lograr la asignación numérica en la medición realizada con base en el constructo, dicho de otra forma, la elaboración de escalas es el proceso por el cual se diseña y calibra un dispositivo de medición, y la forma en qué se asignan números (u otros índices), valores de escala, a diferentes cantidades de rasgo, atributo o característica que se está midiendo. (Cohen y Swerdlik, 2006)

A continuación se describen algunas de las escalas más utilizadas para la construcción de tests psicológicos:

Escala tipo Likert

La escala tipo Likert fue desarrollada por Rensis Likert en 1932, consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. (Sampieri, 2014)

Likert experimentó con diferentes ponderaciones de las cinco categorías, pero concluyó que en general funcionaba mejor asignando valores de 1 (para la aprobación de reactivos de un extremo) a 5 (para la aprobación de reactivos del otro extremo). (Cohen y Swerdlik, 2006)

Un ejemplo de la escala tipo Likert es el siguiente:

Los menonitas son un grupo étnico con excelentes valores hacia el trabajo:

() Totalmente de acuerdo

() De acuerdo

() Indiferente

() En desacuerdo

() Totalmente en desacuerdo

Diferencial semántico

El diferencial semántico fue desarrollado originalmente por Osgood, Suci y Tanenbaum (1957, citados en Sampieri, 2014) para explorar las dimensiones del significado. Consiste en una serie de adjetivos extremos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se solicita la reacción del participante. Es decir, éste debe calificar al objeto de actitud a partir de un conjunto de adjetivos bipolares; entre cada par de éstos, se presentan varias opciones y la persona selecciona aquella que en mayor medida refleje su actitud. Como en el siguiente ejemplo:

Objeto de actitud: Candidato "A"

JUSTO _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____ : INJUSTO

Si el participante considera que el objeto de actitud se relaciona *estrechamente* con uno u otro extremo de la escala, la respuesta se marca así (dependiendo del extremo en cuestión):

JUSTO _____: X _____:_____:_____:_____:_____:_____ : INJUSTO

INJUSTO _____:_____:_____:_____:_____:_____: X _____: _____ : JUSTO

Si el participante considera que el objeto de actitud se relaciona *medianamente* con uno u otro extremo de la escala, la respuesta se marca así (dependiendo del extremo en cuestión):

JUSTO _____:_____:_X_:_____:_____:_____:_____: INJUSTO

INJUSTO _____:_____:_____:_____:_X_:_____:_____: JUSTO

Y si considera que el objeto de actitud ocupa una posición neutral en la escala (ni justo ni injusto en este caso), la respuesta se marcaría así:

JUSTO _____:_____:_X_:_____:_____:_____:_____: INJUSTO

En los casos en que los participantes tengan menor capacidad de discriminación, se pueden reducir las categorías a cinco opciones, o aún a tres opciones. (Sampieri, 2014)

Escalograma de Guttman

En este tipo de escala los reactivos varían en forma secuencial, de las expresiones más débiles a las más fuertes, fundamentándose en afirmaciones o juicios con respecto a la actitud, creencia o sentimiento que se mide. Para confeccionar un escalograma de Guttman, primero se seleccionan un conjunto de ítems sobre la actitud que se quiere medir, luego se administran estos ítems a un grupo de sujetos para que expresen su grado de acuerdo o desacuerdo con las proposiciones que se presentan, se asignan puntuaciones a estos ítems y por último se analizan estadísticamente las puntuaciones dadas a los ítems y se construye el escalograma, el cual se utiliza para confeccionar la escala definitiva. (Maté, González y Trigueros, 2010)

Un ejemplo de este tipo de escala es el siguiente:

Supongamos que estamos midiendo actitudes frente al aborto. Para este fin se diseñó un continuo de ítems relacionados con el tema:

¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con que el aborto sea permitido en las siguientes circunstancias?

- Cuando la vida de la mujer está en peligro
- En caso de incesto o de violación
- Cuando el feto muestra clínicamente riesgos graves de salud
- Cuando hay consentimiento paterno
- Cuando la mujer no puede criar responsablemente el futuro niño
- Cuando la madre lo considera pertinente

Confiabilidad

Con la finalidad de investigar sucesos y fenómenos, los científicos usan instrumentos para obtener mediciones. Las mediciones proporcionan el registro de las observaciones cuidadosas y controladas que caracterizan al método científico. Para la Psicología, el observador humano es el instrumento para la medición psicológica, es decir, el acuerdo entre un número de observadores provee las bases para la medición psicológica. Por lo tanto, es importante que las mediciones sean tanto válidas como confiables.

A continuación se presentan definiciones del concepto de confiabilidad correspondientes a distintos autores.

La confiabilidad de un test es la consistencia o coherencia de los puntajes obtenidos por los mismos individuos en diferentes ocasiones, o con diferentes conjuntos de ítems equivalentes. (Cortada de Kohan, 2000^a)

Por su parte, Anastasi y Urbina (1998), señalan que el término confiabilidad se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas, cuando se las examina en diferentes ocasiones con el mismo test, con conjuntos equivalentes de ítems o en otras condiciones de administración.

Aron (2001), afirma que la confiabilidad implica hasta qué punto se obtendría el mismo resultado, si se hiciera la misma medición nuevamente a la misma persona bajo las mismas circunstancias.

Para Sampieri (2014), la confiabilidad de un instrumento de medición, se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales.

Tovar (2007) por su parte, hace énfasis en que la falta de confiabilidad está relacionada con el error de medida. Se considera que el error es cualquier efecto irrelevante para los fines o resultados de la medición que influye sobre la falta de confiabilidad de tal medición.

Estos errores de medición pueden ser de dos tipos:

- Error aleatorio o error no sistemático, porque sus efectos son inconsistentes e imposibles de predecir, como su nombre lo indica, contribuyen de manera aleatoria a la puntuación de los sujetos, a veces lo favorecen y otras lo perjudican, por lo cual, ya que son aleatorios al sumarse tenderían a acercarse a cero (puntuaciones negativas más puntuaciones positivas) y su efecto sobre la confiabilidad sería no significativo.
- Error sistemático, que atenta de manera significativa contra la confiabilidad del instrumento. Un error sistemático surge cuando, por ejemplo, la prueba mide de manera consistente algo diferente del propósito de la prueba, como cuando un reactivo está mal planteado, es poco claro o induce la respuesta (Aragón, 2011)

En un sentido amplio, la confiabilidad es la exactitud, la precisión con que un instrumento mide un objeto; en términos estrictos, la confiabilidad sería la ausencia de errores de medición; sin embargo en Psicología es difícil utilizar este término en la medición de atributos psicológicos, como alternativa se usan sinónimos como estabilidad de medida y consistencia interna. (Aragón, 2011)

Confiabilidad como estabilidad de la medida

La estabilidad de medida se refiere a la medición de un atributo psicológico con un determinado instrumento, éste será confiable si al evaluar a los mismos sujetos con el mismo instrumento o con uno equivalente, las medidas obtenidas serán muy similares, esto es, son estables a través del tiempo, lo cual indicaría que los errores de medición serían mínimos y por tanto, la confiabilidad sería aceptable; las diferencias encontradas entre una medición y otra, se atribuirían a los errores aleatorios asociados al proceso de medición y no al instrumento. (Muñiz, 2003, en Aragón 2011)

Para obtener este tipo de confiabilidad existe el método de confiabilidad test-retest, el cual implica la aplicación del mismo cuestionario a una muestra amplia de personas en dos tiempos diferentes. Para que un cuestionario arroje mediciones confiables, no es necesario que las personas obtengan puntuaciones idénticas en las dos aplicaciones del cuestionario, pero la posición relativa de una persona en la distribución de las frecuencias debería ser similar en los dos tiempos de prueba. La consistencia de este posicionamiento relativo, se determina mediante el cálculo del coeficiente de correlación utilizando las dos puntuaciones en el cuestionario para cada persona en la muestra. Un valor deseable para la confiabilidad test-retest es de .80 o mayor, pero el tamaño del coeficiente dependerá de factores tales como el número y el tipo de los ítems. (Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister, 2007)

Confiabilidad como consistencia interna

La consistencia interna se refiere a que los reactivos de un instrumento son consistentes entre sí en la forma en que evalúan el atributo psicológico. Una forma de obtener la confiabilidad desde esta perspectiva es la técnica de confiabilidad de división por mitades, que consiste en evaluar la confiabilidad correlacionando el valor promedio de una mitad de los ítems con el valor promedio de la otra mitad. Por ejemplo, se podría correlacionar el valor de todos los ítems impares con el valor de todos los ítems pares. Si la persona está respondiendo coherentemente,

se debería obtener una correlación alta. El problema al utilizar este método es el modo en que se divide. Existe una solución general, se puede dividir la prueba en mitades de todas las formas posibles, y calcular la correlación utilizando cada una de las divisiones. El promedio de esas correlaciones se llama Alfa de Cronbach. (Aron, 2001)

Coeficiente de confiabilidad

El coeficiente de confiabilidad se refiere a un número que informa el grado de precisión del instrumento. Es un coeficiente de correlación entre dos grupos de puntajes e indica el grado en que los individuos mantienen sus posiciones dentro de un grupo. Abarca valores desde 0 a 1. Cuanto más se acerque el coeficiente a 1, más confiable será la prueba. El coeficiente de confiabilidad señala la cuantía en que las medidas del test están libres de errores casuales o no sistemáticos. Por ejemplo, un coeficiente de 0.95 quiere decir que en la muestra y condiciones fijadas de aplicación del test el 95% de la varianza de los puntajes directos se debe a la auténtica medida, y sólo el 5%, a errores aleatorios. (Tovar, 2007)

El método más utilizado actualmente para obtener el coeficiente de confiabilidad es el coeficiente alfa, desarrollado por Cronbach en 1951 (Liporace, 2009). El alfa de Cronbach se puede considerar como la descripción del grado en que cada ítem está asociado con cada uno de los otros ítems. Describe la coherencia general de la prueba, es decir, en qué medida las respuestas altas coinciden con las altas y las bajas con las bajas en todos los ítems de la prueba (Aron, 2001).

El coeficiente Alfa de Cronbach proporciona, además de un índice de correlación, el conocimiento de qué reactivo es el que se está comportando de manera inconsistente y por lo tanto produce un valor más bajo de confiabilidad que el que se esperaría si se eliminara de la prueba. (Aragón, 2011)

Generalmente en Psicología una prueba debería presentar una confiabilidad (medida a través del Alfa de Cronbach) de al menos 0.7, y preferentemente cercana a 0.9 para que la prueba sea útil. Sin embargo algunas veces se consideran adecuadas alfas de 0.6 o menores (Aron, 2001). Es decir, cuanto más

cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

George y Mallery (citados en Frías-Navarro, s.f) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes del alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

Las valoraciones de algunos autores acerca de la confiabilidad según el tipo de investigación son las siguientes:

- Nunnally (1978), en la primeras fases de la investigación un valor de confiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente. Con investigación básica se necesita al menos de 0.8 y en investigación aplicada entre 0.9 y 0.95. Para un análisis exploratorio estándar, el valor de confiabilidad en torno a 0.7 es adecuado.
- Kaplan y Saccuzzo (1982), el valor de confiabilidad para la investigación básica debe ser entre 0.7 y 0.8; para la investigación aplicada sobre 0.95.
- Loo (2001), el valor de consistencia que se considera adecuado es de 0.8 o más.
- Gliem y Gliem (2003), un valor de alfa de 0.8 es probablemente una meta razonable.
- Huh, Delorme y Reid (2006), el valor de confiabilidad exploratoria debe ser igual o mayor a 0.6, sin embargo en estudios confirmatorios éste debe estar entre 0.7 y 0.8.

Factores que determinan la falta de confiabilidad

Una medición realizada a través de un instrumento psicométrico puede estar influida por fuentes de error tan diferentes y variadas, que no es posible mencionarlas exhaustivamente. Se mencionan a continuación algunas de las fuentes de error más frecuentes (Aragón, 2011, Mikulic, 2007):

- a) Selección de los reactivos. Se debe seleccionar una muestra representativa de reactivos para que sea equitativa en cuanto a los diferentes rubros de la prueba.
- b) Aplicación de la prueba. Se deben seguir las condiciones estandarizadas de aplicación de la misma, así como sus respectivas instrucciones. Se debe controlar también posibles interferencias ambientales como el ruido, la iluminación o el confort del lugar. Otro punto a considerar son las influencias fortuitas que pueden afectar la motivación o la atención del evaluado, como por ejemplo preocupaciones personales, afecciones físicas transitorias, etc.
- c) Calificación de una prueba. Se deben sostener los criterios de evaluación, no es posible cambiar los criterios de corrección, por ejemplo luego de haber calificado a una serie de evaluados, en función de un criterio subjetivo del evaluador.

Validez

La validez, aplicada a una prueba, es un juicio o una estimación acerca de qué tan bien una prueba mide lo que pretende medir en un contexto determinado. De manera más específica, es la elaboración de un juicio en base a la evidencia sobre lo apropiado de las inferencias realizadas a partir de las puntuaciones de una prueba. (Cohen y Swerdlik, 2006)

En sentido general, un instrumento de medición es válido si cumple la función para la que fue concebido; es decir, la validez de una prueba concierne a lo que ésta

mide, su eficacia y lo que podemos inferir de los puntajes obtenidos en la prueba. (Aragón, 2011)

Los estudios de validez van a aportar significado a las puntuaciones que se obtienen, permitiendo conocer si el uso que se pretende hacer de ellas es o no adecuado. (Abad et al., 2011).

El concepto de validez ha ido cambiando a lo largo de la historia de la Psicometría, lo único que se ha mantenido es su consideración como la propiedad más importante y fundamental al desarrollar y evaluar un test. La conceptualización actualmente dominante sobre la validez es la formulada por The Standards for Educational and Psychological Testing (Los Estándares para la Educación y Pruebas Psicológicas) en la edición de 1999. En este documento elaborado por tres importantes asociaciones profesionales americanas (American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council Measurement in Education, AERA, APA Y NCME por sus siglas en inglés respectivamente) se define la validez como el grado en que la teoría y los datos disponibles apoyan la interpretación de las puntuaciones de un test para un uso concreto. (Abad et al., 2011)

Los tipos de validez que se han según el tipo de prueba y el uso al que esté destinada, son: validez de constructo, validez de criterio y validez de contenido. (Anastasi, 1998)

La validez de constructo se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (Grinnell, Williams y Unrau, 2009 en Sampieri, 2014). Las preguntas que se responden con la validez de constructo son ¿El constructo teórico está realmente reflejado en el instrumento? ¿Qué significan las puntuaciones del instrumento? ¿El instrumento mide el constructo y sus dimensiones? (Sampieri, 2014)

La validez de constructo se basa en el significado psicológico del puntaje de una prueba y, en la explicación teórica de la ejecución del sujeto. Cuando se indaga la validez de constructo en pruebas psicológicas, se intenta saber qué variables

psicológicas o de otra índole pueden explicar la varianza de esas pruebas, es decir, explicar las diferencias individuales observadas en la puntuación del instrumento, se trata no solamente de validar la prueba, sino también la teoría en la que se basa. (Aragón, 2011)

En cambio, la validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Si el criterio se fija en el presente de manera paralela se habla de validez concurrente (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de tiempo), si el criterio se fija en el futuro se habla de validez predictiva. (Sampieri, 2014)

En resumen, la validez referida al criterio se caracteriza por la predicción relacionada con un criterio externo, ya que recurre a la comprobación del instrumento de medición, sea en el momento presente o futuro, y lo compara con un resultado o medida. (Aragón, 2011)

La validez de contenido es el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es decir, el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida. (Bohrnstedt, 1976; citado en Sampieri 2014)

Para Tovar (2007), la validez de contenido consiste en determinar lo adecuado del muestreo de reactivos del universo de reactivos posibles; en este sentido, es una “medida” de lo adecuado del muestreo.

Para justificar, aunque sólo sea racionalmente, que un test posee validez de contenido, debe quedar bien definido el universo o dominio conductual. En definitiva, nos referimos a explicitar claramente los objetivos de la evaluación y la importancia que se quiere dar a cada uno, lo que determinará la cantidad de cuestiones a incluir referidas a cada uno de esos objetivos. En definitiva, la validez de contenido es un tema particular del muestreo, si deseamos realizar inferencias sobre el rendimiento de las personas en una población de contenidos

determinada, el test debe incluir una muestra representativa de dichos contenidos. (Abad et al., 2004)

Análisis Factorial

El análisis factorial es esencialmente un método para agrupar las variables que se correlacionan fuertemente entre sí y cuyas correlaciones con las variables de otros agrupamientos es menor. (Airen, 2003 en Mikulic, 2007)

Según Kline (2000, en Mikulic, 2007), el análisis factorial es un método estadístico, en el cual las variaciones en los puntajes de un número de variables son explicadas por un número más reducido de dimensiones o constructor (factores). “El análisis factorial es una técnica analítica que permite reducir un número extenso de variables interrelacionadas a una cantidad pequeña de dimensiones latentes.” (Glutting et al. 2002; citado en Mikulic, 2007 pp. 40)

El análisis factorial se usa cuando se han medido a los participantes respecto a una gran cantidad de variables, el cual indica que variables tienden a agruparse, es decir, que variables tienden a correlacionarse entre sí y no con otras. Cada agrupación de este tipo (grupo de variables) se le denomina factor. La conexión relativa con cada una de las variables originales con un factor, es la carga factorial de esa variable en ese factor (las variables presentan cargas en todos los factores, pero generalmente tendrá cargas altas sólo en uno). Las cargas factoriales pueden considerarse como la correlación de la variable con el factor y, al igual que las correlaciones, van desde -1 asociación negativa perfecta con el factor, pasando por 0 ausencia de relación con el factor, hasta +1 correlación perfecta con el factor. Normalmente, se considera que una variable contribuye significativamente en un factor si presenta aproximadamente una carga de 0.3 o mayor (o de - 0.3 o menor). Algunos investigadores utilizan los niveles 0.35, 0.40 e incluso niveles más altos como norma para considerar que la variable forma parte del factor. (Aron, 2001 pp. 568)

El análisis factorial en sí mismo incluye una serie de fórmulas relativamente complejas, que comienzan con las correlaciones entre todas las variables y terminan con una serie de cargas factoriales, así como otros datos, tales como la cantidad de varianza, del total de variación entre las variables, que son explicadas por cada factor. (Aron, 2001)

El análisis factorial se realiza con dos objetivos: 1) determinar cuál es el número de dimensiones o factores que mide un test y descubrir cuál es el significado de cada una; 2) obtener la puntuación de cada sujeto en cada dimensión. Normalmente, el número de dimensiones que mide un test es mucho menor que el de ítems. Para descubrir su significado y darles sentido es necesario fijarse en las variables que saturan de forma elevada en cada dimensión. Cuando el investigador se enfrenta con la tarea de dar significado a una dimensión, debe realizar un proceso inferencial para encontrar el nexo de unión entre las variables que manifiestan correlaciones elevadas en la dimensión. Además, los diferentes factores (dimensiones) extraídos no tienen la misma importancia. Cada uno explica una determinada cantidad de la varianza total de los ítems, que se expresa porcentualmente, y que indica la importancia de esa dimensión para dar cuenta de la covariación entre las variables. Si un factor explica un porcentaje elevado de la 65 varianza total, eso es síntoma de que las saturaciones de las variables en dicho factor son altas, lo que significa que es una dimensión importante a la hora de describir las relaciones entre las variables originales. (Abad et al., 2004)

Una distinción inicial importante es la que debe realizarse entre análisis factorial exploratorio y confirmatorio. En el primero se trata de determinar cuántos factores comunes explican las correlaciones observadas entre nuestros datos. Para el análisis de la validez interna se parte de la matriz de correlaciones de los ítems del test, y se comprueba si se agrupan de la forma especificada en el modelo. (Muñiz, 1996 pp. 58)

En cambio el enfoque confirmatorio, los factores son definidos a priori en base a un modelo teórico y en este caso, el análisis intenta verificar qué tan bien se adaptan los datos observables a ese modelo. Los principales métodos

exploratorios para extraer factores son: Análisis de Componentes Principales, Ejes Principales y el de Máxima Probabilidad. Este último es muy usado por representar un enfoque estadístico inferencial en psicometría. El método de componentes principales explica la mayor cantidad de varianza posible en los datos observados, y es por consiguiente un método más descriptivo que inferencial. El método de ejes principales es análogo al anterior para los mismos fines. (Mikulic, 2007)

Según Abad et al., (2011) en el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), el investigador plantea hipótesis definidas a priori sobre:

- 1.Cuál es el número de factores
2. Si hay o no correlaciones entre los factores
3. Como saturan las variables observadas en ellos
4. Si existen correlaciones entre los términos de error o específicos

Frente al Análisis Factorial Exploratorio (AFE), el AFC tiene algunas ventajas ya que permite:

1. Contrastar directamente el modelo teórico del investigador
2. Estudiar modelos complejos
3. Establecer restricciones en los pesos
4. Reducir el número de parámetros a estimar

Con respecto al tamaño muestral requerido para realizar análisis factoriales se ha propuesto muchas reglas prácticas (no estadísticas), que van desde 2 sujetos por variable a 20 sujetos por variable. La opinión más frecuente es la de al menos 5 sujetos por cada variable. (Gorsuch, 1983; Stevens, 1992, en Martínez 1996 pp. 497)

Según Nunnally (1991, Mikulik, 2007) el análisis factorial debe realizarse sobre muestras extensas, no inferiores a 300 sujetos para obtener datos útiles. Además se debe contar idealmente con 10 veces el número de sujetos por variable o al menos 5 veces ese número. Las rotaciones colocan a las variables más cerca de

los factores diseñados para explicarlas, concentran la varianza de las variables en menos factores y, en general, proporcionan un medio para facilitar la interpretación de la solución factorial obtenida. Los factores rotados explican la misma varianza que el conjunto de los factores (no rotados), pero la estructura de las cargas factoriales se modifica y son más simples de interpretar, debido al aumento de las cargas positivas extremas (bajas y altas). (Mikulic, 2007)

Análisis Paramétricos

Correlación

Resulta fundamental para las pruebas y la evaluación psicológica, hacer inferencias (deducir conclusiones) acerca de cómo algunas cosas (como rasgos, capacidades o intereses) se relacionan con otras cosas (como el comportamiento). Un coeficiente de correlación es un número que nos proporciona un índice de la fuerza de relación entre dos cosas. (Cohen y Swerdlik, 2006)

Correlación es una expresión del grado y dirección de correspondencia entre dos cosas. Un coeficiente de correlación r expresa una relación lineal entre dos variables. Refleja el grado de variación concomitante entre la variable X y la variable Y. El coeficiente de correlación es el índice numérico que expresa esta relación. (Cohen y Swerdlik, 2006)

El significado de un coeficiente de correlación se interpreta por su signo y su magnitud. Las dos formas de describir una correlación perfecta (sin error en el sentido estadístico), entre dos variables pueden resumirse ya sea como +1 o -1. Sin embargo, las correlaciones perfectas en Psicología son difíciles de encontrar. (Cohen y Swerdlik, 2006)

Si dos variables se incrementan o disminuyen de manera simultánea, entonces se dice que esas dos variables están correlacionadas en forma positiva. Una correlación negativa ocurre cuando una variable se incrementa mientras la otra variable disminuye, es decir, se habla de una relación inversa. Si una correlación

es cero, entonces no existe absolutamente ninguna relación entre esas dos variables. (Cohen y Swerdlik, 2006)

R de Pearson

El coeficiente de correlación de Pearson es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel de intervalos o de razón. La hipótesis a probar es correlacional, del tipo “a mayor X, mayor Y”, “a mayor X, menor Y”. El coeficiente de correlación de Pearson se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables. Se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes o casos. (Sampieri, 2014)

El coeficiente r de Pearson puede variar de -1.00 a $+1.00$, donde:

-1.00 = Correlación negativa perfecta (“A mayor X, menor Y”, de manera proporcional. También aplica a menor X, mayor Y”)

-0.90 = Correlación negativa muy fuerte

-0.75 = Correlación negativa considerable

-0.50 = Correlación negativa media

-0.25 = Correlación negativa débil

-0.10 = Correlación negativa muy débil

0.00 = No existe correlación alguna entre las variables

$+0.10$ = Correlación positiva muy débil

$+0.25$ = Correlación positiva débil

$+0.50$ = Correlación positiva media

$+0.75$ = Correlación positiva considerable

$+0.90$ = Correlación positiva muy fuerte

+1.00 = Correlación positiva perfecta (“A mayor X, mayor Y”, de manera proporcional.)

El signo indica la dirección de la correlación (positiva o negativa), y el valor numérico, la magnitud de la correlación.

Prueba T de Student

Es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable. El tipo de hipótesis es de diferencia entre grupos, propone que los grupos difieren significativamente entre sí. (Sampieri, 2014)

La prueba t se basa en una distribución muestral o poblacional de diferencia entre medias conocida como la distribución t de Student que se identifica por los grados de libertad, los cuales constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente. Son determinantes ya que nos indican qué valor debemos esperar de t, dependiendo del tamaño de los grupos que se comparan. (Sampieri, 2014)

Análisis de Varianza Unidireccional o de un factor (ANOVA ONE WAY)

Es una prueba estadística para analizar si más de dos grupos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas. La prueba t se usa para dos grupos y este tipo de análisis de varianza se usa para tres, cuatro o más grupos, aunque puede ser usado también para dos grupos. La hipótesis de investigación propone que los grupos difieren significativamente entre sí. (Sampieri, 2014)

Resumen

En Psicología, como en cualquier ciencia, es necesario contar con instrumentos de medición que garanticen la obtención de resultados, puesto que permiten cimentar las teorías o realizar un proceso de evaluación objetivo. A lo largo de la historia, diferentes autores han desarrollado pruebas usando distintos modelos,

actualmente la construcción de instrumentos de medición en Psicología está basado en Teorías de tests y en la Psicometría.

Las dos características más importantes que debe presentar un instrumento psicométrico son confiabilidad y validez. Un instrumento es confiable cuando existe coherencia en los puntajes obtenidos por las mismas personas en ocasiones diferentes o con un conjunto distinto de ítems equivalentes. Uno de los análisis estadísticos más usados para conocer la confiabilidad, es el coeficiente Alfa de Cronbach.

La validez de un instrumento, por otra parte, se refiere a que tan bien mide el constructo o atributo psicológico. Se puede hablar de distintos tipos de validez según el tipo de prueba y el uso al que esté destinada: validez de constructo, validez de criterio y validez de contenido. Uno de los análisis estadísticos frecuentemente utilizados para conocer la validez de un instrumento, es el Análisis Factorial.

En Ciencias Sociales y del Comportamiento es también frecuente usar otros tipos de análisis, que proporcionan información acerca de la varianza de las puntuaciones dentro de una muestra, tales como la T de Student y el ANOVA-One Way.

MÉTODO

Planteamiento y justificación del problema de investigación

Los avances experimentados en los últimos años en el área de la calidad de vida son indudables, puesto que hoy en día el reconocimiento del concepto es un hecho así como el desarrollo de instrumentos para su evaluación. La obtención de perfiles de calidad de vida en determinadas poblaciones nos informa acerca del nivel de salud conseguido y de sus particularidades, de modo que podemos establecer comparaciones entre unas poblaciones y otras. Toda esta información repercute de manera muy importante en la evaluación de los costos y en la incidencia de determinadas medidas sanitarias sobre la calidad de vida de las personas. (Nieto, 2004)

Los resultados de los estudios que se realizan en Calidad de Vida, usando la búsqueda de información con la metodología y técnicas adecuadas, nos permiten tener un panorama de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que pueden producir en la salud y el bienestar de las personas. Por tanto, permiten evaluar la calidad de vida que se está desarrollando y orientar dichas condiciones para propiciar los objetivos de nuestras concepciones filosóficas y humanistas, así como los proyectos de intervención social. (González, 2002)

Durante las últimas décadas se han desarrollado algunos estudios internacionales en los cuales México participa, sin embargo se carece de instrumentos confiables y válidos realizados para la población mexicana. En este sentido, resulta complicado el seguimiento de líneas de investigación relacionadas con Calidad de Vida.

De lo anterior surgió la principal motivación de participar en la construcción de un nuevo instrumento para medir Calidad de Vida en población mexicana, incluyendo aspectos relacionados al trabajo. Uno de los principales propósitos de esta tesis es obtener la confiabilidad y validez de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida, de esta forma con los datos obtenidos se pretende conocer la calidad de vida en una muestra de trabajadores mexicanos mediante su

conceptualización, medición y relación con otras variables para identificar y explicar su posible vinculación con aspectos sociales, ideológicos, culturales, organizacionales y personales y con esto generar conocimiento para nuevos cuestionamientos que ayuden a comprender y a orientar a trabajadores y organizaciones sobre el impacto de la calidad de vida

Objetivos de la investigación

- Realizar un primer piloteo del Banco de Reactivos de Calidad de Vida propuesto por Fiscal y Muñiz (2013) con una muestra significativa de trabajadores mexicanos.
- Desarrollar la nueva versión de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida (EMMCV) eliminando reactivos con base en los análisis estadísticos.
- Determinar la confiabilidad de la primera versión de la EMMCV.
- Determinar la validez de la primera versión de la EMMCV.
- Identificar si existen relaciones estadísticamente significativas entre los factores de Calidad de Vida y las variables sociodemográficas.

Preguntas de Investigación

¿Cuál es la confiabilidad de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida?

¿Será válida la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida con los datos obtenidos?

¿Existen relaciones estadísticamente significativas entre los factores de calidad de vida y las variables sociodemográficas?

Hipótesis

H₁. Se obtendrá un coeficiente de confiabilidad significativo.

H₂. Se obtendrá la validez preliminar de la Escala en la fase de piloteo.

H₃. Existen relaciones estadísticamente significativas entre la Calidad de Vida y las variables sociodemográficas.

H₃₀. No existen relaciones estadísticamente significativas entre la Calidad de Vida y las variables sociodemográficas.

Tipo de investigación

Investigación no experimental, transeccional, puesto que la recolección de datos se realizó en un tiempo único, es decir, una sola vez y en un periodo corto de tiempo. Se trata de una investigación correlacional ya que uno de los objetivos es conocer la relación o grado de asociación que exista entre variables en una muestra en particular. Se trata también de una investigación exploratoria debido a la determinación de validez y confiabilidad de un nuevo instrumento de medición de Calidad de Vida en México (Sampieri, 2014)

Variables

Variable Dependiente

Calidad de vida, compuesta por los factores:

- Ámbito físico
- Ámbito psicológico
- Grado de Independencia
- Relaciones Sociales
- Medio
- Espiritualidad
- Trabajo

Variables Independientes

Variables sociodemográficas:

- Edad
- Sexo
- Nivel de estudios
- Áreas de estudios
- Estado civil
- Religión
- Situación Laboral actual
- Giro de la empresa
- Dependencia al cigarro / alcohol

Definición Conceptual

Con base en las definiciones realizadas en la Tesis “Banco de Reactivos para medir la calidad de vida, proponiendo una dimensión a la definición de la OMS” (2013).

Calidad de vida: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (OMS, 1995; citado en Úrzua, 2012)

Ámbito Físico. Es la percepción de un individuo en realizar actividades saludables para su cuerpo, como lo son aquellos hábitos que benefician su calidad de vida física: el hacer ejercicio de manera constante, alimentarse con una dieta balanceada, dormir las horas necesarias para un descanso restaurador y cuidarse ante la enfermedad. Es este conjunto de características el que hace la diferencia entre el bienestar y el malestar percibido. Por el contrario comportamientos como

lo son el consumo de alimentos insalubres o la omisión de comidas, llevar una vida sedentaria y el poco o nulo descanso pueden provocar padecimientos que disminuyen la calidad de vida y el consumo de alguna sustancia psicoactiva, tienen efectos negativos en la salud.

Ámbito psicológico. Es la calidad de vida psicológica, la cual se basa principalmente en las emociones de la persona, como son las sensaciones positivas o negativas que se manifiestan a través de la alegría y la tristeza, y otras emociones asociadas. También se incluye la opinión de la persona sobre su apariencia y capacidad cognitiva (expresada en su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones). En la contraparte la deficiencia de la calidad de vida psicológica es afectada a través de los sentimientos negativos de la persona hacia sí misma, expresando inseguridad en sus capacidades cognitivas y aspecto físico, lo cual se exterioriza con baja autoestima.

Grado de Independencia. Es la opinión de un individuo acerca de la dependencia hacia el consumo de medicinas y drogas, de igual manera cómo considera su traslado por sí mismo de un lugar a otro, la libertad para tomar decisiones en sus actividades diarias, así como qué tan satisfecho y maduro se siente con su vida. El grado de independencia de una persona llega a beneficiar su calidad de vida siempre y cuando adquiera un grado de madurez acorde a su edad, sea autosuficiente, segura de sí misma y responsable para ser libre de tomar sus propias decisiones. Ser dependiente a cualquier sustancia, persona o grupo, es detonante de alguno o varios padecimientos a futuro, tanto en el ámbito físico como en lo social y laboral, la cual puede orillar a no tener límites y traer consigo consecuencias negativas como la depresión, la irresponsabilidad y la inseguridad.

Relaciones sociales. Es la percepción de un individuo acerca del apoyo social, la compañía, el amor y la libertad sexual brindada a su alrededor, además del compromiso y el cuidado de sus relaciones interpersonales. Las relaciones sociales ayudan a la calidad de vida gracias a que de éstas se obtiene apoyo a través del vínculo amistoso, amoroso, sexual o compañerismo, entre otros. Se

dice que una persona mantiene buenas relaciones sociales se debe a que es amorosa, convive, sonrío, escucha, da cariño, coopera y orienta, características que ayuda a amortiguar situaciones que afectan la calidad de vida de una persona. También existe la otra parte, en donde en lugar de ayudar, causa conflictos cuando la otra persona es agresiva, indiferente, ignora las situaciones, es deshonesto, descuidado, reprime, influye de manera negativa e impone tanto actividades como ideas y emociones.

Medio. Es la opinión de un individuo sobre su lugar de residencia, el transporte y el traslado de éste, y las actividades (sociales, artísticas y recreativas) en su comunidad. La calidad de vida en el medio se refiere a diferentes factores, en el cual el individuo se desenvuelve, como el lugar en donde vive y las actividades que realiza, los recursos financieros y las aptitudes adquiridas. Se podría decir en general que si los factores son positivos, las personas son alegres, divertidas, positivas y realizan diferentes tipos de actividades recreativas como el deporte, que ayudan a otra parte de la calidad de vida; sin embargo, si los factores que la rodean son negativos, se percibe un lugar en donde hay violencia, vandalismo, por lo que la persona se mantiene en un estado de molestia, agresión y estrés; incluso el traslado a cualquier parte que se desee llegar puede ser desde relajante hasta incómodo, largo y fastidioso.

Espiritualidad. Es la creencia interna y externa sobre la existencia de un individuo, y cómo está afecta la sensación de bienestar. El tema de calidad de vida espiritual resulta ser controversial, puesto que incluye opiniones polarizadas, siendo una la de “creer”, a la cual se le da un sentido totalmente religioso con la fe, esperanza, devoción y serenidad, o en su contraparte el miedo, la obsesión, los estigmas y la no apertura de la mente; también se refiere a creer en la ciencia, en otra persona, en un objeto incluso, porque se refiere a lo que cada persona desea creer según su necesidad. Para la literatura el creer en un ser supremo, por ejemplo, ayuda a enfrentar una enfermedad, es parte de mantener un equilibrio entre la realidad y la subjetividad, ya que se da una responsabilidad al destino o a lo divino. La espiritualidad es fundamental en el bienestar o malestar de las

personas y cómo se perciben a sí mismas de acuerdo a su creencia, esta conducta humana es vista desde un punto de vista más objetivo. Cuando alguien culpa al otro (ser divino, suerte, persona, cosa, etc.) por las cosas que le pasan (buenas o malas), se denomina como una creencia externa (locus de control externo), mientras que las personas que se responsabilizan por toda consecuencia de su vida, tienen una creencia interna (locus de control interno).

Trabajo. Es la percepción de un individuo acerca de su ambiente laboral, desarrollo profesional, condiciones laborales y las relaciones entre compañeros y supervisores. La calidad de vida en el trabajo, se considera como un medio por el cual valorarse o autorealizarse, lo que ayuda a la autoestima, mantiene a una persona motivada, entusiasmada y feliz; en su ambiente laboral se comparte espacio y tiempo con personas que pueden ayudar, motivar y su contacto es amistoso y respetuoso. Además actualmente se considera importante el trabajo, ya que por su remuneración se pueden obtener o adquirir bienes importantes para hoy en día. En cambio, las consecuencias negativas serían el cansancio o la agresión y la competencia laboral en el que se llega a ejercer el acoso.

Definición Operacional

Con base en las definiciones realizadas en la Tesis “Banco de Reactivos para medir la calidad de vida, proponiendo una dimensión a la definición de la OMS” (2013).

Calidad de vida. Sentirse conforme, satisfecho y pleno en los siguientes ámbitos de la vida de un individuo: físico, psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, medio, espiritualidad y trabajo.

Ámbito físico. Considerar hacer ejercicio constante; alimentarse con una dieta balanceada, no presentar trastornos de sueño y cuidar de la salud física.

Ámbito psicológico. Ser alegre; sentir seguridad propia; estar satisfecho con el cuerpo y persona; solucionar problemas; cumplir con metas; tener un control emocional; recordar y aprender información fácilmente.

Grado de Independencia. Considerar ser autosuficiente económicamente; tomar decisiones propias; cumplir con los compromisos; enfrentar las consecuencias de los actos; cuidar de sí mismo ante la enfermedad; no consumir sustancias nocivas para la salud.

Relaciones sociales. Percibir ser sociable para entablar nuevas relaciones; recibir y dar apoyo; convivir frecuentemente con amistades o comunidad; considerar tener comunicación constante; sentir libertad y satisfacción en las relaciones sexuales.

Medio. Sentir armonía en el ambiente en donde se reside; considerar que se cuenta con los servicios de luz, agua, drenaje e internet; percibir la cercanía de escuelas, hospitales, bibliotecas, centros recreativos y mercados, al igual que la recolección y limpieza de basura en las calles y un patrullaje constante y vigilancia a través de cámaras. Considerar la existencia de unidades de transporte modernas, cómodas, limpias y accesibles, así como el traslado sea rápido y eficiente. Percibir un flujo constante del metro, metrobús, trolebús, autobús y taxi. Considerar la realización frecuente de actividades sociales, artísticas o recreativas.

Espiritualidad. Percibir la búsqueda de oportunidades para el bienestar, emprender acciones para lograr objetivos, dedicar tiempo para cumplir metas, asumir el control de las decisiones y acciones, planear las actividades/tareas del mañana, aceptar los errores o fracasos que se presenten como consecuencias de las acciones y decisiones, respetar las creencias del otro y enfrentar la realidad.

Trabajo. Percibir trato amable y cortés entre jefes y subordinados, cooperación en equipo, considerar que se muestran reconocimientos por parte del equipo, cumplir con la hora de entrada y salida, recibir incentivos para el desarrollo profesional, proponer y desarrollar libremente ideas para las actividades; recibir un sueldo que cubra las necesidades de alimentación, vestido, educación y diversión. Percibir que el desempeño laboral sea evaluado objetivamente.

Muestra

El tipo de muestra seleccionada fue no probabilística - de oportunidad, se utilizó un procedimiento de selección orientado a las características de la investigación. (Clark, 2013)

La participación total fue de 1,024 sujetos de la Ciudad de México y área metropolitana, de los cuales 531 fueron mujeres y 486 fueron hombres, con una edad mínima y máxima registrada de 16 años hasta 78 años, una media de 32.1 años y una desviación estándar de 9.74. El máximo nivel de estudios que se reportó en la población fue de 19% primaria, 5.9% secundaria, 15.8% bachillerato, 12.2% carrera técnica, 59.1% licenciatura y 5.1% posgrado. El estado civil predominante fue de 51.7% soltero y 31.6% casado. El 97.6% reportó estar trabajando actualmente.

Instrumento

Para realizar esta investigación se usó el Banco de Reactivos para medir Calidad de Vida desarrollado por Fiscal y Muñiz (2013) el cual fue elaborado con base en los 6 factores de la OMS incluyendo además un séptimo factor relacionado a Calidad de Vida en el ámbito laboral. Consta de 604 reactivos de tipo frecuencial, diferencial y situacional, al que se añadieron reactivos referentes a variables sociodemográficas.

Procedimiento

PRIMERA ETAPA

DISEÑO DE LAS ESCALAS

Con el fin de facilitar la aplicación de los 604 reactivos que conforman el Banco de reactivos para medir Calidad de Vida (Fiscal y Muñiz, 2013) se optó por diseñar tres escalas (A, B y C), teniendo como regla que se incluyeran en cada una

reactivos correspondientes a los 7 factores y 24 subfactores. Asimismo, los reactivos con valores/direcciones positivos negativos y neutros fueron distribuidos de manera homogénea en cada una de las escalas. (Ver Anexo A)

Al momento de realizar la distribución de reactivos se localizaron dos reactivos repetidos en el Banco los cuáles fueron eliminados, quedando los 602 reactivos restantes repartidos de la siguiente forma:

Escalas	Total de Reactivos
A	199
B	201
C	202

Al momento de enlistar los reactivos en cada una de las escalas se les asignó una nueva clave con el propósito de facilitar su localización durante todo el proceso.

A continuación se muestra detalladamente cuántos y cuáles reactivos pertenecen a cada uno de los factores, así como su valor/dirección representados por los símbolos (+, -, *), por cada escala:

Tabla 8. Factores y Reactivos

Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida

Versión A

Factor	Subfactor	Reactivos	Total
Factor 1 Ámbito Físico	Nutrición	1+, 2+, 58-, 59+, 60-, 61+, 62-	7
	Ejercicio	63+, 64-, 65+, 66-, 67+, 179*	6
	Salud	68-, 69+, 70-, 71+, 72+	5
	Descanso	73+, 74-, 75+, 180*	4
Factor 2 Ámbito Psicológico	Sensaciones Positivas y Negativas	76-, 77+, 78-, 79+, 80-, 81+, 82-, 83+, 84-, 85+, 178-, 181*	12
	Funciones Cognitivas	3+, 4+, 86-	3
	Pensamiento	5-	1
	Seguridad	6+, 7+, 8+, 9+, 10-, 57+, 182*, 183*	8
	Movilidad y Toma de decisiones	11+, 12+, 13+, 14+, 15-, 16-, 17-, 184*	8
Factor 3 Grado de dependencia	Realización	18+, 19+, 20+, 21+, 22+, 23-, 87-	7
	Control de Enfermedad	24+, 25-, 88-, 89+, 185*	5
	Drogas	26-, 27-, 90+, 91+, 92-, 186*	6
	Relaciones Personales	93+, 94-, 95-, 96-, 97+, 98-, 99+, 100-, 102-, 103+, 104-, 105+, 106-, 107+, 108-, 109+, 110-, 111+, 112-, 113+, 114-, 115+, 116-, 117+, 118-, 119+, 187*, 188*, 189*, 190*, 191*	31
Factor 4 Relaciones Sociales	Apoyo social	28+, 29+, 30+, 31+, 32+, 33+, 34+, 191*, 192*	9
	Relaciones Sexuales	120-, 121+, 122-, 123+, 124-	5
	Lugar donde vive	125+, 126-, 127+, 128-, 129+, 130-, 131+, 132-, 133+, 134-, 135+, 136-	14

		137+, 193*	
	Traslado y transporte	138-, 139+, 140-, 141+, 142-, 143-, 144-, 145+, 194*, 195*	10
	Actividades en la comunidad	146-, 147+, 148-, 149+, 150-, 151+, 152-, 153+	8
Factor 6 Espiritualidad	Creencia interna y externa	154+, 155+, 156-, 157+, 158-, 159+, 160-, 161+, 162-, 163+, 164-, 165+, 166-, 196*	14
	Impacto	35+	1
Factor 7 Trabajo	Relaciones con jefes y compañeros de trabajo	36+, 37-, 38-, 39-, 40-, 41-, 42-, 43+, 44-, 45-, 167+, 168-, 197*	13
	Ambiente de trabajo	46+, 47+, 48-, 169+, 170-, 171+, 172-, 173+, 174-	9
	Condiciones de trabajo	49+, 50-, 51-, 52-, 53+, 54-, 175+, 176-, 177+, 198*, 199*	11
	Desarrollo Profesional	55+, 56+	2
Total			199

Tabla 9. Factores y Reactivos

Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida

Versión B

Factor	Subfactor	Reactivos	Total
Factor 1 Ámbito Físico	Nutrición	7+, 144+, 145-, 155-, 156+, 157+, 158-, 185*	8
	Ejercicio	3+, 122-, 123+, 124+, 125-, 188*	6
	Salud	39+, 120-, 121, 184*	4
	Descanso	48+, 76+, 87-, 88-	4
Factor 2 Ámbito Psicológico	Sensaciones Positivas y Negativas	36-, 42-, 173+, 174+, 175+, 177+, 178-, 179+, 180-, 181-	10
	Funciones Cognitivas	5+, 172-, 176+	3
	Pensamiento	31-, 79+	2
	Seguridad	18+, 37+, 47+, 71+, 142-, 143-, 183*, 192*	8
Factor 3 Grado de dependencia	Movilidad y Toma de decisiones	165+, 166-, 167+, 168+, 169-, 170+, 171, 200*	8
	Realización	29+, 44-, 45+, 46+, 67+, 140+, 141-, 190*	8
	Control de Enfermedad	9-, 136+, 137+, 138-, 139-	5
	Drogas	8-, 80-, 81+, 82-, 199-	5
Factor 4 Relaciones Sociales	Relaciones Personales	40+, 41+, 43+, 57+, 58+, 59+, 106-, 107-, 108-, 109-, 110-, 111+, 112-, 113+, 114+, 115+, 116+, 117+, 118+, 119+, 128-, 129-, 130+, 131-, 132-, 133+, 134-, 135-, 182*, 189*, 191*, 198*	32
	Apoyo social	12+, 13+, 14+, 15+, 16+, 17+, 69-, 70+, 201*	9
	Relaciones Sexuales	34+, 78-, 152-, 153+, 154+	5

Factor 5 Medio	Lugar donde vive	19+, 20+, 21+, 23+, 24+, 25+, 26+, 74+, 89-, 90-, 91-, 92+, 93-, 94-, 195*	15
	Traslado y transporte	22-, 62-, 159-, 160+, 161-, 162+, 163+, 164+, 196*, 197*	10
	Actividades en la comunidad	100+, 101+, 102-, 103+, 104-, 105+, 126-, 127-	8
Factor 6 Espiritualidad	Creencia interna y externa	4-, 6+, 30+, 33-, 35+, 38-, 49-, 50+, 73+, 75-, 146-, 147-, 148+, 186*	14
	Impacto	66+	1
Factor 7 Trabajo	Relaciones con jefes y compañeros de trabajo	11+, 32-, 53-, 54-, 55-, 56-, 63-, 64-, 65-, 149+, 150+, 151+, 187*	13
	Ambiente de trabajo	10+, 72-, 85+, 86+, 96-, 97+, 98-, 99-, 193*	9
	Condiciones de trabajo	1+, 2+, 28-, 51+, 52+, 60-, 77-, 83-, 84+, 95-, 194*	11
	Desarrollo Profesional	27-, 61+, 68+	3
Total			201

Tabla 10. Factores y Reactivos

Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida

Versión C

Factor	Subfactor	Reactivos	Total
Factor 1 Ámbito Físico	Nutrición	2+, 5-, 56+, 68-, 96+, 99-, 105+, 188*	8
	Ejercicio	28+, 34+, 61-, 112+, 149-, 161-	6
	Salud	21-, 108+, 150+, 151-, 152+	5
	Descanso	65+, 74-, 93+, 202*	4
Factor 2 Ámbito Psicológico	Sensaciones Positivas y Negativas	8-, 17+, 41-, 43-, 55+, 72+, 97+, 116-, 176+, 197*	10
	Funciones Cognitivas	175-, 177+, 185*	3
	Pensamiento	11-	1
	Seguridad	25+, 45-, 113+, 122- , 157+, 158+, 159+, 179*, 192*	9
Factor 3 Grado de dependencia	Movilidad y Toma de decisiones	12-, 38-, 98+, 118+, 165+, 166+, 167-, 168+	8
	Realización	1+, 32-, 62+, 75+, 111+, 163-, 164+, 201*	8
	Control de Enfermedad	84-, 172-, 173+, 174-, 187*	5
	Drogas	59-, 70-, 153-, 154+, 189*, 194*	6
Factor 4 Relaciones Sociales	Relaciones Personales	9+, 10-, 14+, 18+, 24+, 26+, 36-, 42-, 46-, 48-, 49+, 63+, 73+, 79+, 80-, 82-, 90-, 91+, 92+, 94-, 95+, 106+, 110-, 123-, 124+, 126+, 127+, 137-, 138-, 139-, 180*, 193*, 196*	33
	Apoyo social	37+, 50+, 78-, 81+, 83+, 87+, 125+, 200*	8
	Relaciones Sexuales	31+, 44+, 69-, 85-, 86+, 190*	6
Factor 5	Lugar donde vive	15-, 16-, 30+, 66+,	14

Medio		76+, 89+, 100+, 102+, 104+, 109+, 121-, 160-, 181*, 198*	
	Traslado y transporte	3-, 19-, 40+, 51-, 64- , 101+, 117+, 162+, 186*, 195*	10
	Actividades en la comunidad	60+, 115-, 140- 141-, 142+, 143+, 144-, 184*	8
Factor 6 Espiritualidad	Creencia interna y externa	4-, 6+, 29-, 35+, 39+, 52-, 53-, 57- 58+, 77+, 88+, 107- 114-, 119-	14
	Impacto	54-	1
Factor 7 Trabajo	Relaciones con jefes y compañeros de trabajo	7-, 23+, 128-, 129+, 130-, 131-, 132- 133-, 134-, 135+, 136-, 183*	12
	Ambiente de trabajo	47+, 120-, 145- 146-, 147+, 148+, 169-, 170+, 171+, 191*	10
	Condiciones de trabajo	20-, 22-, 27-, 33+, 67+, 71-, 103- 155+, 156+, 178+, 199*	11
	Desarrollo Profesional	13+, 182*	2
Total			202

El formato de las escalas se realizó con base en los tipos de reactivos que conformaban el Banco de reactivos, los primeros son de tipo frecuencial (escala tipo Likert que va desde Nunca hasta Frecuentemente), los segundos consisten en frases en las que se puede contestar en una escala de diferencial semántico con seis posibilidades de respuesta y los terceros de tipo situacional con frases en donde se elige cualquiera de las seis opciones de respuesta. (Véase Figura 2). El formato se basó en el desarrollado para la Tesis Piloteo de una Escala propuesta de Estilos de afrontamiento al estrés y su relación con variables sociodemográficas en una muestra de trabajadores mexicanos (Álvarez y Salmerón, en elaboración).

**Figura 2. Ejemplos del formato de reactivos de la Escala Mexicana
Multidimensional de Calidad de Vida**

TIPO DE REACTIVO	REACTIVO														
<p align="center">TIPO 1: FRECUENCIAL (ESCALA TIPO LIKERT)</p>	<p align="center">1.- Tomo agua natural</p> <table border="1" data-bbox="813 485 1273 562"> <tr> <td></td> <td align="center">N</td> <td align="center">CN</td> <td align="center">RO</td> <td align="center">O</td> <td align="center">R</td> <td align="center">F</td> </tr> <tr> <td align="center">1.-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		N	CN	RO	O	R	F	1.-						
	N	CN	RO	O	R	F									
1.-															
<p align="center">TIPO 2: DIFERENCIAL SEMÁNTICO</p>	<p align="center">1. Mi actividad física se asocia con:</p> <table border="1" data-bbox="691 743 1396 812"> <tr> <td align="center">63.-</td> <td align="center">Fatiga</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td align="center">Condición</td> </tr> </table>	63.-	Fatiga							Condición					
63.-	Fatiga							Condición							
<p align="center">TIPO 3: SITUACIONAL</p>	<p align="center">194. Cuando mi traslado es muy largo yo:</p> <table border="1" data-bbox="899 982 1187 1381"> <tr> <td align="center">1</td> <td>Me aburro</td> </tr> <tr> <td align="center">2</td> <td>Me divierto</td> </tr> <tr> <td align="center">3</td> <td>Me estreso</td> </tr> <tr> <td align="center">4</td> <td>Leo</td> </tr> <tr> <td align="center">5</td> <td>Duermo</td> </tr> <tr> <td align="center">6</td> <td>Me desespero</td> </tr> </table>	1	Me aburro	2	Me divierto	3	Me estreso	4	Leo	5	Duermo	6	Me desespero		
1	Me aburro														
2	Me divierto														
3	Me estreso														
4	Leo														
5	Duermo														
6	Me desespero														

Adicional a las versiones cuya aplicación se realizó en lápiz y papel, se desarrolló una versión en línea a través del servicio Google Drive Forms con el fin de incrementar la participación de las personas. Esta versión puede ser consultada en el siguiente link:

https://docs.google.com/forms/d/12jhJ2X3SWUvvtZEF1IPWkKDU31lwyFm7J6AwKDD3w/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link

Con el propósito de evitar la deseabilidad social en los participantes al momento de contestar, se invirtió el orden original de las respuestas correspondientes a los reactivos de tipo diferencial semántico, con lo que también cambió su valor/direccionalidad (de negativo a positivo o de positivo a negativo, según fuera el caso). De igual forma se cambió el orden de las respuestas de los reactivos de tipo situacional, sin embargo en este caso no hubo necesidad de modificar su direccionalidad (ya que se trata de reactivos neutros). Debido a estos cambios, la distribución equitativa de reactivos positivos y negativos en cada escala se vio alterada, la repartición final puede consultarse en el Anexo A.

El formato final de cada escala incluyó un cuadernillo de preguntas y un cuadernillo de respuestas. Éstos fueron ordenados de esta forma para su aplicación (Consultar Anexos B, C, D y E):

- Cuadernillo de preguntas
 - Portada
 - Instrucciones
 - Listado de reactivos

- Cuadernillo de respuestas:
 - Hoja de datos sociodemográficos
 - Hoja de respuestas

SEGUNDA ETAPA

APLICACIÓN DE ESCALAS

El equipo para la aplicación de las escalas estuvo conformado por 8 personas, siendo todos ellos estudiantes o pasantes de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Se busco que los participantes cumplieran con el siguiente requisito: estar actualmente laborando o haber laborado por lo menos 6 meses. Se le solicitó a

cada participante que respondiera la escala, siguiendo las instrucciones específicas.

El tiempo aproximado para la contestación de cada escala fue de 35 a 45 minutos. En la versión en línea fue de un máximo de 25 minutos.

TERCERA ETAPA

ANÁLISIS DE DATOS EN EL SPSS

Para realizar los análisis estadísticos se usó el Paquete Estadístico SPSS Versión 20. Como primer paso se hizo una limpieza de cada una de las tres bases para detectar y eliminar los errores de captura. Como segundo paso se recodificaron los valores correspondientes a los reactivos situacionales a su valor original. Asimismo se recodificaron los reactivos negativos para continuar con la sumatoria de las puntuaciones de cada uno de los 7 factores. Posteriormente se analizaron cuartiles para formar grupos de discriminación con los cuales se realizó la discriminación de reactivos por medio de la prueba T de Student para muestras independientes, eliminando los reactivos que no cumplían con el criterio de significancia mayor a .05. Posteriormente los reactivos restantes fueron sometidos a análisis de consistencia interna alfa de Cronbach, descartando los reactivos que incrementaran la confiabilidad por factor. Con los reactivos restantes se realizó un Análisis Factorial Exploratorio en el que se optó por el método de componentes principales con rotación Varimax y normalización Kaiser, en este paso se eligieron los reactivos que tuvieran una saturación superior a .40 (Aron, 2001) con esta última versión se obtuvo la confiabilidad final.

Finalmente se realizaron correlaciones r de Pearson y Análisis de varianza de una vía entre los factores del instrumento y las variables sociodemográficas.

RESULTADOS

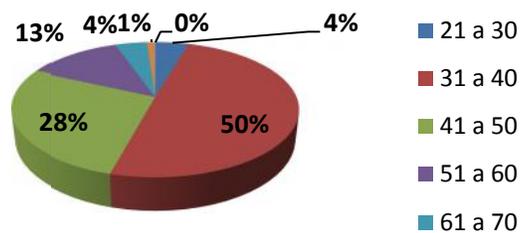
Características sociodemográficas de la muestra

La muestra total la conformaron 1,024 sujetos residentes en la Ciudad de México y área metropolitana. La aplicación por cada versión fue de la siguiente forma: 350 sujetos para la versión A, 311 para la versión B y 363 para la versión C.

a) Edad.

La edad mínima y máxima registrada fue 16 años hasta 78 años, con una media de 32.1 años y una desviación estándar de 9.74. 46 personas eran menores de 20 años, 508 tenían entre 21 y 30 años, 282 entre 31 y 40 años, 131 entre 41 y 50 años, 44 entre 51 y 60 años, 10 entre 61 y 70 años, una persona reporto tener más de 70 años. Sólo una persona no contestó la pregunta.

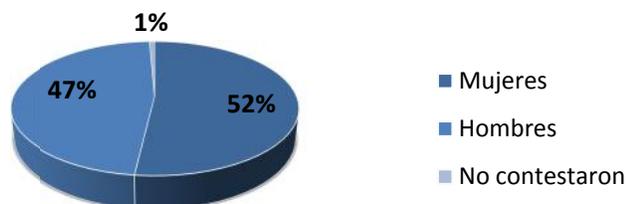
Figura 3. Grupos de edad



b) Sexo.

Participaron 531 mujeres y 486 hombres. 7 personas no contestaron la pregunta.

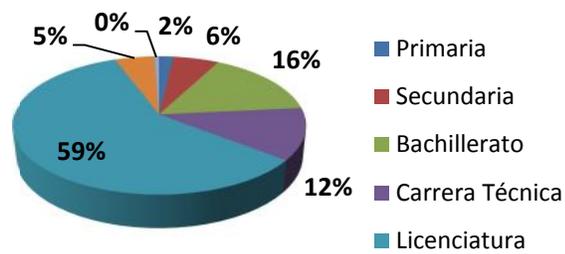
Figura 4. Sexo



c) Nivel de estudios

19 personas reportaron tener un nivel máximo de estudios de primaria, 60 secundaria, 161 Bachillerato, 124 Carrera técnica, 602 Licenciatura y 52 Posgrado. 6 personas no contestaron la pregunta.

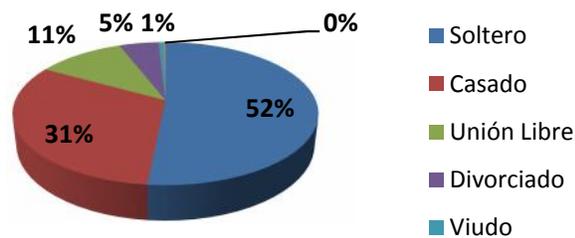
Figura 5. Nivel de estudios



d) Estado Civil

528 participantes reportaron ser solteros, 323 estar casados, 113 viven en unión libre, 51 son divorciados y 7 son viudos. 2 personas no contestaron la pregunta.

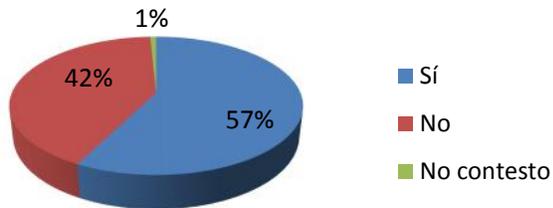
Figura 6. Estado Civil



e) Religión

589 contestaron profesar alguna religión y 427 contestaron no profesar religión alguna. 8 personas no contestaron la pregunta.

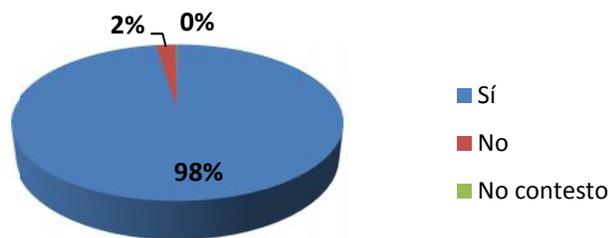
Figura 7. Religión



f) Laborar actualmente

999 personas reportaron estar laborando actualmente mientras que 24 reportaron no laborar. Sólo 1 persona no contestó la pregunta.

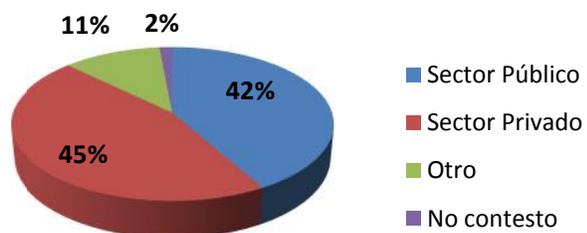
Figura 8. ¿Actualmente está laborando?



g) Giro de la empresa

428 personas aseguraron laborar en el sector público, 465 en el sector privado y 116 en otro sector. 15 personas no contestaron la pregunta.

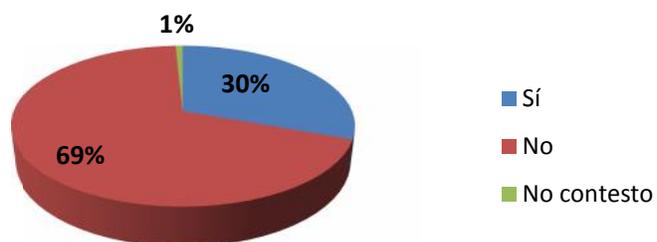
Figura 9. Giro de la empresa



h) Hábito de Fumar

313 participantes tienen el hábito de fumar, mientras que 703 personas no fuman. 8 personas no contestaron la pregunta.

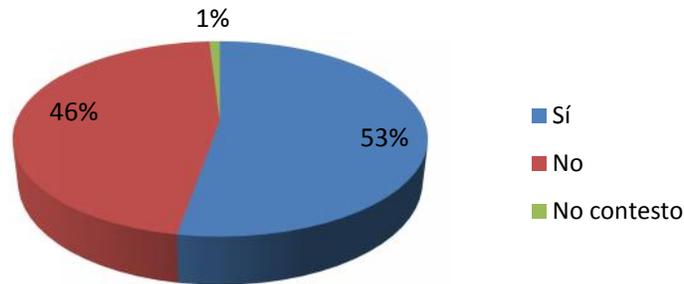
Figura 10. ¿Fuma?



i) Consumo de alcohol

540 personas reportaron consumir alcohol y 474 personas reportaron no consumirlo. 10 personas no contestaron la pregunta.

Figura 11. ¿Consume alcohol?



Discriminación de reactivos

T de Student para medias independientes

Para realizar el análisis de T de Student para pruebas independientes, cada una de las muestras se dividió en dos partes considerando las puntuaciones de los sujetos correspondientes al 50% más alto y 50% más bajo. Se realizó el análisis con los 199 reactivos de la versión A, 201 reactivos de la versión B y 202 reactivos de la versión C. Se descartaron 6 reactivos correspondientes a la versión A, 23 a la versión B y 14 a la Versión C, ya que no cumplían con el nivel de significancia menor a 0.05 ($p < 0.05$).

La distribución de los reactivos restantes se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11. Distribución de reactivos por factor y subfactor después de la Prueba T de Student para pruebas independientes

Versión	F1 ÁMBITO FÍSICO				
	SUBFACTOR A NUTRICIÓN	SUBFACTOR B EJERCICIO	SUBFACTOR C SALUD	SUBFACTOR D DESCANSO	TOTAL
A	7	5	5	4	21
B	8	3	4	4	19
C	8	5	5	4	22
Subtota I	23	13	14	12	62
Versión	F2 AMBITO PSICOLOGICO				
	SUBFACTOR A SENSACIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS	SUBFACTOR B FUNCIONES COGNITIVAS	SUBFACTOR C PENSAMIENTO	SUBFACTOR D SEGURIDAD	TOTAL
A	12	3	1	8	24
B	9	3	2	8	22
C	10	3	1	8	22
Subtotal	31	9	4	24	68
Versión	F3 GRADO DE INDEPENDENCIA				
	SUBFACTOR A MOVILIDAD Y TOMA DE DECISIONES	SUBFACTOR B REALIZACIÓN (MADUREZ)	SUBFACTOR C CONTROL DE ENFERMEDAD	SUBFACTOR D DROGAS	TOTAL
A	8	7	5	4	24
B	7	8	4	1	20
C	8	8	5	2	23
Subtota I	23	23	14	7	67
Versión	F4 RELACIONES SOCIALES				
	SUBFACTOR A RELACIONES PERSONALES	SUBFACTOR B APOYO SOCIAL	SUBFACTOR C RELACIONES SEXUALES		TOTAL
A	31	7	5		43
B	32	7	5		44
C	32	8	6		46
Subtota I	95	22	16		133

Versión	F5 MEDIO				
	SUBFACTOR A LUGAR DONDE VIVE	SUBFACTOR B TRASLADO Y TRANSPORTE	SUBFACTOR C ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD		TOTAL
A	14	10	8		32
B	14	6	8		28
C	13	9	6		28
Subtotal	41	25	22		88
Versión	F6 ESPIRITUALIDAD				
	SUBFACTOR A CREENCIA INTERNA CREENCIA EXTERNA	SUBFACTOR B IMPACTO (RELIGIOSIDAD)			TOTAL
A	14	1			15
B	13	0			13
C	12	1			13
Subtotal	39	2			41
Versión	F7 TRABAJO				
	SUBFACTOR A RELACIONES CON JEFES Y COMPAÑEROS	SUBFACTOR B AMBIENTE DE TRABAJO	SUBFACTOR C CONDICIONES DE TRABAJO	SUBFACTOR D DESARROLLO PROFESIONAL	TOTAL
A	13	9	10	2	34
B	11	9	9	3	32
C	12	10	11	1	34
Subtotal	36	28	30	6	100
TOTAL REACTIVOS VERSIÓN A					193
TOTAL REACTIVOS VERSIÓN B					178
TOTAL REACTIVOS VERSIÓN C					188
TOTAL REACTIVOS					559

Confiabilidad

Con el fin de determinar la consistencia interna de los siete factores del instrumento, se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach usando los 193 reactivos restantes de la versión A, 178 de la versión B y 188 de la versión C. A continuación se presenta la confiabilidad correspondiente a cada factor.

Tabla 12. Análisis de consistencia interna de los 7 factores de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida (EMMCV)

VERSIÓN	F1 ÁMBITO FÍSICO	F2 ÁMBITO PSICOLÓGICO	F3 GRADO DE INDEPENDENCIA	F4 RELACIONES SOCIALES	F5 MEDIO	F6 ESPIRITUALIDAD	F7 TRABAJO
A	.874	.847	.741	.921	.915	.784	.859
B	.684	.830	.802	.929	.827	.567	.788
C	.768	.822	.734	.901	.838	.616	.902

Con base en los resultados de este análisis se eliminaron aquellos reactivos inconsistentes que producían un valor más bajo de confiabilidad.

Tabla 13. Reactivos eliminados para incrementar el coeficiente Alfa de Cronbach

VERSIÓN	REACTIVO	FACTOR	SUBFACTOR
A	R154F6D	F6 Espiritualidad	Creencia Interna, Creencia externa (A)
A	R186F3S	F3 Grado de independencia	Drogas (D)
B	R4F6FR	F6 Espiritualidad	Creencia Interna, Creencia externa (A)
B	R73F6F	F6 Espiritualidad	Creencia Interna, Creencia externa (A)

La consistencia interna por cada versión fue la siguiente:

Tabla 14. Análisis de consistencia interna de cada versión de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida (EMMCV)

VERSIÓN	ALFA DE CRONBACH	REACTIVOS
A	.947	80
B	.908	51
C	.932	77

Por último, se muestra la consistencia interna total de la versión final.

Tabla 15. Análisis de consistencia interna de la versión final de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida (EMMCV)

ALFA DE CRONBACH	REACTIVOS
.902	208

Análisis Factorial

Con el propósito de determinar el número de reactivos que conformarían la primera versión del instrumento (versión piloteo), se realizó el análisis factorial a los 191 reactivos de la versión A, 176 reactivos de la versión B y 188 reactivos de la versión C, a través del método de Componentes principales con rotación Varimax y normalización Kaiser, el cual determino que los 7 factores explican un total del 36.89% para la versión A, 41.54% para la versión B y 29.4% para la versión C.

Un total de 80 reactivos correspondientes a la versión A, 51 reactivos para la versión B y 77 reactivos para la versión C cumplieron la saturación mayor a .40 (Aron, 2001). Los 208 reactivos en total conforman la versión piloto de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida (EMMCV). Las tablas 22 y 23 muestran una comparación entre la distribución de los 602 reactivos de la versión final y los 208 reactivos finales.

Tabla 16. Varianza acumulada de los 7 factores de la EMMCV Versión A

FACTOR	% DE VARIANZA	% DE VARIANZA ACUMULADA
1	7.184	7.184
2	6.078	13.261
3	5.305	18.567
4	5.144	23.710
5	4.860	28.570
6	4.361	32.932
7	3.963	36.894

Tabla 17. Varianza acumulada de los 7 factores de la EMMCV Versión B

FACTOR	% DE VARIANZA	% DE VARIANZA ACUMULADA
1	7.142	7.142
2	6.608	13.750
3	6.279	20.029
4	5.988	26.016
5	5.686	31.702
6	5.495	37.196
7	4.349	41.546

Tabla 18. Varianza acumulada de los 7 factores de la EMMCV Versión C

FACTOR	% DE VARIANZA	% DE VARIANZA ACUMULADA
1	5.664	5.664
2	5.617	11.280
3	5.108	16.388
4	3.493	19.881
5	3.468	23.349
6	3.039	26.389
7	3.020	29.409

**Tabla 19. Análisis Factorial con rotación Varimax y normalización Kaiser
con saturaciones por factor. Versión A**

No. de Reactivo	Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
R64F1R	Mi actividad física se asocia con:	.696						
R66F1R	Mi actividad física se asocia con:	.648						
R68F1R	Mi salud física puede describirse:	.646						
R65F1D	Mi actividad física se asocia con:	.568						
R62F1R	Normalmente consumo alimentos:	.554						
R63F1D	Mi actividad física se asocia con:	.522						
R69F1D	Mi salud física puede describirse:	.493						
R179F1SVO	Hago ejercicio:	.491						
R70F1R	Mi salud física puede describirse:	.472						
R58F1R	Mi nutrición puede describirse como:	.469						
R60F1R	Mi nutrición puede describirse como:	.461						
R78F2R	Soy una persona:		.521					
R80F2R	Soy una persona:		.520					
R77F2D	Soy una persona:		.476					
R76F2R	Soy una persona:		.469					
R81F2D	Soy una persona:		.445					
R84F2R	Soy una persona:		.433					
R8F2F	Estoy conforme con mi apariencia:		.418					
R26F3R	Consumo sustancias (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.) con mis amigos:			.737				
R27F3R	Consumo sustancias (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.):			.711				
R22F3F	Me considero una persona madura:			.646				
R15F3R	Mis decisiones se ven influenciadas por otras personas:			.525				
R13F3F	Decido la ropa que uso:			.517				
R21F3F	Estoy satisfecho con mis actividades diarias:			.450				

R98F4R	Con mi pareja me siento:				824			
R103F4D	Con mi pareja me siento:				.806			
R97F4D	Con mi pareja me siento:				.805			
R93F4D	Con mi pareja me siento:				.800			
R101F4D	Con mi pareja me siento:				.797			
R94F4R	Con mi pareja me siento:				.787			
R102F4R	Con mi pareja me siento:				.765			
R104F4R	Con mi pareja me siento:				.757			
R105F4D	Con mi pareja me siento:				.750			
R107F4D	Con mi pareja me siento:				.749			
R106F4R	Con mi pareja me siento:				.745			
R109F4D	Con mi pareja me siento:				.730			
R100F4R	Con mi pareja me siento:				.722			
R99F4D	Con mi pareja me siento:				.703			
R96F4R	Con mi pareja me siento:				.683			
R95F4D	Con mi pareja me siento:				.676			
R108F4R	Con mi pareja me siento:				.664			
R187F4SVO	Con mi pareja me siento:				.594			
R190F4SVO	La relación con mi pareja es:				.576			
R121F4D	Mis relaciones sexuales son:				.485			
R122F4R	Mis relaciones sexuales son:				.480			
R120F4R	Mis relaciones sexuales son:				.464			
R123F4D	Mis relaciones sexuales son:				.459			
R132F5R	El lugar donde vivo me hace sentir:					.814		
R127F5D	El lugar donde vivo me hace sentir:					.786		
R130F5R	El lugar donde vivo me hace sentir:					.779		
R131F5D	El lugar donde vivo me hace sentir:					.776		
R129F5D	El lugar donde vivo me hace sentir:					.737		

R126F5R	El lugar donde vivo me hace sentir:						.727		
R133F5D	El lugar donde vivo me hace sentir:						.718		
R128F5R	El lugar donde vivo me hace sentir:						.708		
R135F5D	El lugar en donde vivo es:						.696		
R125F5D	El lugar donde vivo me hace sentir:						.638		
R137F5D	El lugar en donde vivo es:						.578		
R134F5R	El lugar donde vivo me hace sentir:						.542		
R136F5R	El lugar en donde vivo es:						.538		
R149F5D	En las actividades en mi comunidad hay:						.477		
R146F5R	En las actividades en mi comunidad hay:						.472		
R148F5R	En las actividades en mi comunidad hay:						.440		
R152F5R	En las actividades en mi comunidad hay:						.410		
R150F5R	En las actividades en mi comunidad hay:						.409		
R155F6D	Para mí la ciencia es:							.567	
R156F6R	Para mí la ciencia es:							.482	
R161F6D	Para mí la ciencia es:							.481	
R158F6R	Para mí la ciencia es:							.477	
R156F6R	Para mí la ciencia es:							.403	
R171F7D	El ambiente de mi trabajo me:								.677
R172F7R	El ambiente de mi trabajo me:								.669
R177F7D	Considero que mi trabajo es:								.630
R173F7D	En el ambiente de mi trabajo hay:								.626
R170F7R	El ambiente de mi trabajo me:								.605
R174F7R	En el ambiente de mi trabajo hay:								.598
R56F7F	En el lugar en donde trabajo me he podido desarrollar profesionalmente:								.592
R46F7F	El ambiente de mi trabajo es tan bueno que me hace sentir bien en el:								.464
R55F7F	Soy tomado en cuenta para tomar decisiones en mi organización:								.452
R175F7D	El sueldo que gano es:								.437

Nota: Sólo se enumeran las cargas mayores a 0.40. F1 Ámbito Físico, F2 Ámbito Psicológico, F3 Grado de Independencia, F4 Relaciones Sociales, F5 Medio, F6 Espiritualidad, F7 Trabajo

**Tabla 20. Análisis Factorial con rotación Varimax y normalización
Kaiser con saturaciones por factor. Versión B**

No. de Reactivo	Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
R120F1R	La enfermedad en mi vida es:	.534						
R88F1R	El descanso es para mí:	.461						
R124F1R	La inactividad me hace sentir:	.406						
R79F2F	Tengo pensamientos positivos:		.510					
R71F2F	Pienso que tengo una buena imagen:		.466					
R181F2D	Soy una persona:		.463					
R174F2R	Soy una persona:		.449					
R47F2F	Me siento una persona deseada:		.417					
R143F2D	Me describiría como una persona		.407					
R140F3R	Me considero una persona:			.630				
R29F3F	Enfrento la responsabilidad de mis actos:			.601				
R190F3SVO	Cuando tengo un sueño, meta u objetivo yo:			.588				
R46F3F	Me siento feliz con la familia que tengo:			.512				
R45F3F	Me siento contento con las amistades que he forjado a través del tiempo:			.470				
R67F3F	Mis éxitos son gracias a mi esfuerzo:			.420				
R112F4R	En mi familia me:				.794			
R117F4D	En mi familia me:				.769			
R113F4D	En mi familia me:				.760			
R118F4R	En mi familia me:				.734			
R116F4R	En mi familia me:				.718			
R111F4D	En mi familia me:				.697			
R110F4R	En mi familia me:				.685			
R115F4D	En mi familia me:				.681			
R114F4R	En mi familia me:				.666			
R119F4D	En mi familia me:				.665			
R107F4D	En mi familia me:				.661			
R201F4SVO	Si tengo un problema, mi familia me:				.590			

R12F4F	Cuando tengo un problema de salud, mi familia me ayuda:				.523			
R198F4SVO	En la escuela y/o trabajo:				.485			
R16F4F	Cuento con alguien que me ayude cuando me enfermo:				.476			
R106F4R	En mi familia me:				.471			
R13F4F	Cuando tengo un problema de salud, mis amigos me ayuda:				.462			
R109F4D	En mi familia me:				.430			
R128F4R	Los amigos:				.426			
R89F5D	El lugar donde vivo me hace sentir:					.600		
R94F5R	El lugar en donde vivo es:					.590		
R24F5F	En el lugar donde vivo el sistema de drenaje funciona correctamente:					.547		
R195F5SVO	El lugar en donde vivo me hace sentir:					.543		
R20F5F	El lugar en donde vivo es seguro:					.533		
R93F5D	El lugar en donde vivo es:					.524		
R159F5D	Regularmente mi traslado es:					.428		
R196F5SVO	El transporte que utilizo es:					.403		
R6F6F	Consigo trabajo gracias a mis habilidades:						.648	
R33F6R	La suerte define mi vida:						.545	
R186F6SVO	Cuando supero los obstáculos en mí vida, es gracias a:						.486	
R30F6F	He obtenido con mucho trabajo el reconocimiento de la gente:						.442	
R64F7R	Mis compañeros de trabajo son groseros conmigo:							.697
R56F7R	Mi jefe me desacredita:							.680
R72F7R	Realizo mi trabajo con desagrado:							.612
R77F7R	Temo que no renueven mi contrato:							.519
R32F7R	La convivencia con mis compañeros afecta mi trabajo:							.408

Nota: Sólo se enumeran las cargas mayores a 0.40. F1 Ámbito Físico, F2 Ámbito Psicológico, F3 Grado de Independencia, F4 Relaciones Sociales, F5 Medio, F6 Espiritualidad, F7 Trabajo.

Tabla 21. Análisis Factorial con rotación Varimax y normalización Kaiser con saturaciones por factor. Versión C

No. de Reactivo	Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
R105F1F	Consumo verduras:	.648						
R188F1SVO	La cantidad de comida nutritiva que consumo (cereales, carnes, vegetales, frutas, etc.) es:	.577						
R112F1F	Hago ejercicio al aire libre:	.547						
R5F1R	Consumo comida rápida (hot dog, hamburguesas, pizza, tacos, tortas):	.520						
R34F1F	Hago ejercicio en casa:	.508						
R96F1F	Consumo frutas:	.506						
R149F1D	Mi actividad física se asocia con:	.469						
R99F1R	Consumo comida no balanceada (papas, refresco, alimentos fritos, dulces):	.467						
R61F1R	Evito la actividad física:	.461						
R108F1F	Me considero una persona saludable:	.418						
R68F1R	Tomo refresco:	.411						
R97F2F	Me considero una persona feliz:		.609					
R159F2D	Me describiría como una persona:		.503					
R176F2R	Soy una persona:		.484					
R158F2R	Me describiría como una persona:		.452					
R157F2D	Me describiría como una persona:		.436					
R8F2R	Me siento triste:		.423					
R72F2F	Me considero una persona optimista:		.415					
R17F2F	Soy una persona satisfecha:		.415					
R122F2R	Creo que no valgo nada:		.410					
R113F2F	Soy una persona reconocida por los demás:		.403					
R11F2R	Me deprimó:		.401					
R111F3F	Tengo un equilibrio entre lo que deseo y lo que quiero:			.527				
R163F3D	Me considero una persona:			.505				
R75F3F	Soy feliz con lo que hago:			.477				

R164F3R	Me considero una persona:				.459				
R98F3F	Puedo tomar solo cualquier decisión:				.421				
R126F4F	Mi familia me pone atención:					.768			
R91F4F	Mi familia me cuida:					.720			
R127F4F	Mi familia me aconseja:					.705			
R95F4F	Mi familia me demuestra amor:					.684			
R79F4F	Mi familia me motiva:					.674			
R18F4F	Mi familia me escucha:					.668			
R137F4D	En mi familia me:					.629			
R24F4F	Mi familia es unida:					.592			
R14F4F	Mi familia me comprende:					.575			
R193F4SVO	Mi familia me hace sentir:					.574			
R138F4R	En mi familia me:					.554			
R139F4D	En mi familia me:					.544			
R124F4F	Mi familia confía en mí:					.544			
R26F4F	Mi familia me respeta:					.543			
R123F4R	Mi familia me deprime:					.496			
R82F4R	Mi familia me ignora:					.489			
R180F4SVO	Convivo con mi familia:					.402			
R76F5F	En mi comunidad hay seguridad (Patrullaje vecinal, policías, bomberos, vigilancia, sistemas de alarmas, etc.):						.571		
R160F5R	El lugar en donde vivo es:						.545		
R101F5F	Mi traslado es seguro:						.538		
R51F5R	El traslado es ruidoso:						.459		
R40F5F	El transporte es limpio:						.448		
R186F5SVO	El transporte me hace sentir:						.448		
R64F5R	El traslado es aglomerado:						.445		
R15F5R	El lugar en donde vivo es peligroso:						.443		
R102F5F	En el lugar en donde vivo mis vecinos son unidos:						.442		

R3F5FR	El transporte que utilizo es incómodo:						.425		
R100F5F	En mi comunidad tengo acceso a servicio médico:						.422		
R109F5F	En mi comunidad tengo acceso a centros deportivos:						.413		
R54F6R	Debido a mi religión se me dificulta la convivencia con otras personas:							.590	
R57F6R	Me consta que las "limpias" ayudan a mejorar la suerte:							.484	
R29F6R	Cuando lo considero pertinente, recurro a técnicas esotéricas (lectura de tarot, mano, café, runas, i ching, etc.):							.412	
R134F7R	Mis compañeros de trabajo son conmigo:								.826
R132F7R	Mis compañeros de trabajo son conmigo:								.770
R136F7R	Mis compañeros de trabajo son conmigo:								.730
R171F7D	En el ambiente de mi trabajo hay:								.711
R169F7D	En el ambiente de mi trabajo hay:								.690
R129F7D	Mis compañeros de trabajo son conmigo:								.681
R128F7R	Mis compañeros de trabajo son conmigo:								.678
R135F7D	Mis compañeros de trabajo son conmigo:								.666
R133F7D	Mis compañeros de trabajo son conmigo:								.659
R131F7D	Mis compañeros de trabajo son conmigo:								.623
R145F7D	El ambiente de mi trabajo me:								.595
R146F7R	El ambiente de mi trabajo me:								.592
R130F7R	Mis compañeros de trabajo son conmigo:								.575
R170F7R	En el ambiente de mi trabajo hay:								.556
R148F7R	El ambiente de mi trabajo me:								.498
R191F7SVO	El ambiente del trabajo me hacen sentir:								.468
R147F7D	El ambiente de mi trabajo me:								.439
R178F7R	Considero que mi trabajo es:								.409

Nota: Sólo se enumeran las cargas mayores a 0.40. F1 Ámbito Físico, F2 Ámbito Psicológico, F3 Grado de Independencia, F4 Relaciones Sociales, F5 Medio, F6 Espiritualidad, F7 Trabajo

Tabla 22. Distribución inicial de los reactivos del Banco de reactivos para medir Calidad de Vida (Fiscal y Muñiz, 2013)

Factor																									
Versión	F1				F2				F3				F4			F5			F6		F7				Total
	F1 A	F1 B	F1 C	F1 D	F2 A	F2 B	F2 C	F2 D	F3 A	F3 B	F3 C	F3 D	F4 A	F4 B	F4 C	F5 A	F5 B	F5 C	F6 A	F6 B	F7 A	F7 B	F7 C	F7 D	
A	7	6	5	4	12	3	1	8	8	7	5	6	31	9	5	14	10	8	14	1	13	9	11	22	199
B	8	6	4	4	10	3	2	8	8	8	5	5	32	9	5	15	10	8	14	1	13	9	11	3	201
C	8	6	5	4	10	3	1	9	8	8	5	6	33	8	6	14	10	8	14	1	12	10	11	2	202
Subtotal	23	18	14	12	32	9	4	25	24	23	15	17	96	26	16	43	30	24	42	3	38	28	33	27	602

Nota: F1 Ámbito Físico, F2 Ámbito Psicológico, F3 Grado de Independencia, F4 Relaciones Sociales, F5 Medio, F6 Espiritualidad, F7 Trabajo. F1A Nutrición, F1B Ejercicio, F1C Salud, F1D Descanso, F2A Sensaciones positivas y negativas, F2B Funciones cognitivas, F2C Pensamiento, F2D Seguridad, F3A Movilidad y Toma de decisiones, F3B Realización (Madurez), F3C Control de enfermedad, F3D Drogas, F4A Relaciones personales, F4B Apoyo Social, F4C Relaciones sexuales, F5A Lugar donde vive, F5B Traslado y transporte, F5C Actividades en la Comunidad, F6A Creencia interna, creencia externa, F6B Impacto (Religiosidad), F7A Relaciones con Jefes y Compañeros, F7B Ambiente de Trabajo, F7C Condiciones de trabajo, F7D Desarrollo Profesional.

Tabla 23. Distribución de reactivos por factor y subfactor de la primera versión de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida

Factor																									
Versión	F1				F2				F3				F4			F5			F6		F7				Total
	F1 A	F1 B	F1 C	F1 D	F2 A	F2 B	F2 C	F2 D	F3 A	F3 B	F3 C	F3 D	F4 A	F4 B	F4 C	F5 A	F5 B	F5 C	F6 A	F6 B	F7 A	F7 B	F7 C	F7 D	
A	3	5	3	0	6	0	0	1	2	2	0	2	19	0	4	13	0	5	5	0	0	6	2	2	80
B	0	1	1	1	2	0	1	3	0	6	0	0	15	4	0	6	2	0	4	0	3	1	1	0	51
C	6	4	1	0	5	0	1	5	1	4	0	0	17	0	0	6	6	0	2	1	9	8	1	0	77
Subtotal	9	10	5	1	13	0	2	9	3	12	0	2	51	4	4	25	8	5	11	1	12	15	4	2	208

Nota: F1 Ámbito Físico, F2 Ámbito Psicológico, F3 Grado de Independencia, F4 Relaciones Sociales, F5 Medio, F6 Espiritualidad, F7 Trabajo. F1A Nutrición, F1B Ejercicio, F1C Salud, F1D Descanso, F2A Sensaciones positivas y negativas, F2B Funciones cognitivas, F2C Pensamiento, F2D Seguridad, F3A Movilidad y Toma de decisiones, F3B Realización (Madurez), F3C Control de enfermedad, F3D Drogas, F4A Relaciones personales, F4B Apoyo Social, F4C Relaciones sexuales, F5A Lugar donde vive, F5B Traslado y transporte, F5C Actividades en la Comunidad, F6A Creencia interna, creencia externa, F6B Impacto (Religiosidad), F7A Relaciones con Jefes y Compañeros, F7B Ambiente de Trabajo, F7C Condiciones de trabajo, F7D Desarrollo Profesional.

Se realizaron ANOVAS de una vía para las variables sexo, nivel de estudios, estado civil, religión, trabaja, giro de la empresa, fumar y alcohol en conjunto con los siete factores que conforman el instrumento. Los análisis se realizaron para cada una de las versiones.

Versión A

Los resultados obtenidos señalan que en esta versión se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas solamente en las variables Estado civil en el factor Ámbito físico ($p < .001$), Relaciones sociales ($p < .05$) y Medio ($p < .01$); Religión en el factor Grado de Independencia ($p < .001$); Trabaja actualmente en el factor Ámbito Físico ($p < .01$), Ámbito psicológico ($p < .01$) y Medio ($p < .001$); Giro de la empresa en el factor Grado de independencia ($p < .01$) y Medio ($p < .01$); y Consumo de alcohol en el factor Espiritualidad ($p < .01$)

Considerando lo anterior y con base en los datos de la tabla 24, se identifica que las personas que trabajan actualmente presentan mayores puntajes (media= 4.1930) en relación con el factor Ámbito Físico (F1) el cual se refiere la percepción de realizar actividades saludables para el cuerpo que benefician a la calidad de vida, y en relación con el Ámbito Psicológico (F2) (media= 4.9194) referente a la opinión de la persona acerca de su apariencia y capacidad cognitiva

En el caso del factor Grado de Independencia (F3) relativo a la percepción acerca de la dependencia hacia el consumo de medicinas y drogas, la libertad de tomar decisiones y trasladarse, así como qué tan satisfecho y maduro se siente con su vida se obtuvo un mayor puntaje en los grupos de personas que viven en unión libre con su pareja (media=5.3879), que practican una religión (media= 5.3389) y que se encuentran trabajando en el sector público (media= 5.2610)

Respecto a Relaciones Sociales (F4) que se refiere a la percepción en torno al apoyo social, la compañía, el amor y la libertad sexual; se muestran mayores

puntajes en el grupo de personas que viven en unión libre con su pareja (media= 5.0316)

En el factor Medio (F5), se muestran mayores puntajes en los grupos de personas casadas (media= 4.8050), que se encuentran laborando (media= 4.6512) y que el giro de la empresa en la que laboran es otro sector (media= 4.7257).

Por último, en el factor Espiritualidad (F6) que es la creencia interna y externa sobre la existencia, y cómo está afecta la sensación de bienestar; se obtuvo diferencia significativa por parte de los participantes que consumen alcohol (media=5.2563).

Tabla 24. Análisis de Varianza entre variables sociodemográficas y factores de la EMMCV. Versión A

		F1 AMBITO FÍSICO				F2 AMBITO PSICOLÓGICO				F3 GRADO DE INDEPENDENCIA				F4 RELACIONES SOCIALES				F5 MEDIO				F6 ESPIRITUALIDAD			
	Grupos	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia
Estado Civil												2.502	.000***			2.782	0.027*			3.315	0.011**				
	Soltero									131	5.0751			123	4.6865			131	4.4576						
	Casado									145	5.2644			145	4.9757			145	4.8050						
	U. Libre									55	5.3879			55	5.0316			55	4.5646						
	Divorciado									18	5.2593			18	4.3913			18	4.6728						
	Viudo									1	5.3333			1	3.4783			1	4.5556						
Religión	Sí									211	5.3389	19.760	.000***												
	No									138	5.0145														
Trabaja				6.522	.011**			8.031	0.004**											10.722	0.001***				
	Sí	342	4.1930			342	4.9194												342	4.6512					
	No	8	3.4091			8	4.1607												8	3.7083					
Giro de la empresa												5.881	0.003**							4.784	0.009**				
	Público									249	5.2610								249	4.7106					
	Privado									82	5.0122								82	4.3984					
	Otros									16	5.5208								16	4.7257					
Alcohol																								6.505	0.011**
	Si																						224	5.2563	
	No																						122	5.0508	

***Correlación es significativa p<0.001

**Correlación es significativa p<0.01

*Correlación es significativa p<0.05

Versión B

Los resultados obtenidos señalan que para el factor *Ámbito Físico*, las variables significativas fueron Sexo ($p = .05$), Giro de la empresa ($p = .001$) y Consumo de alcohol ($p = .001$); para el factor *Ámbito Psicológico* resultaron significativas el Nivel de estudios ($p = .001$), el Estado civil ($p = .05$) y el Giro de la empresa ($p = .001$); al igual con el caso del factor *Grado de Independencia* se muestran significativas las variables Nivel de estudios ($p = .001$), Estado civil ($p = .001$) y Giro de la empresa ($p = .001$); respecto al factor *Relaciones Sociales*, las variables significativas fueron Nivel de estudios ($p = .001$), Giro de la empresa ($p = .001$) y Fumar ($p = .01$); el factor *Medio* se muestran significativas el Nivel de estudios ($p = .001$) y Giro de la empresa ($p = .01$); en el factor *Espiritualidad* las siguientes variables fueron las significativas Sexo ($p = .01$), Nivel de estudios ($p = .001$), Estado civil ($p = .001$), Religión ($p = .05$), Giro de la empresa ($p = .001$) y Consumo de alcohol ($p = .05$); y por último, el factor *Trabajo* resultaron significativas el Nivel de estudios ($p = .001$), el Giro de la empresa ($p = .001$) y el Consumo de alcohol ($p = .01$)

Considerando lo anterior y con base en los datos de la tabla 25, el factor *Ámbito Físico* que es la percepción de realizar actividades saludables para el cuerpo que benefician a la calidad de vida, obtuvo puntajes mayores en sujetos del sexo masculino (media= 4.5776), que laboran en el sector privado (media= 4.6936) y consumen alcohol (media= 4.2957).

En el *Ámbito Psicológico* que se refiere a la opinión de la persona acerca de su apariencia y capacidad cognitiva; se obtuvieron diferencias significativas en el grupo de personas con nivel de estudios Licenciatura (media= 5.0115), divorciados (media= 5.1538), y que laboran en el sector privado (media= 5.0031),

En el caso del factor *Grado de Independencia* referente a la percepción acerca de la dependencia hacia el consumo de medicinas y drogas, la libertad de tomar decisiones y trasladarse, así como qué tan satisfecho y maduro se siente con su vida; se encontraron diferencias en los grupos de personas con nivel de estudios

de Licenciatura (media= 5.3082), solteros (media= 5.1332) y que laboran en el sector privado (media= 5.2629)

Respecto a Relaciones Sociales que se refiere a la percepción en torno al apoyo social, la compañía, el amor y la libertad sexual; se encontraron diferencias en personas con nivel de estudios de Licenciatura (media= 5.2082), que laboran en el sector privado (media= 5.1857) y no fuman (media= 5.0309).

Ante la opinión sobre el lugar de residencia, el transporte y el traslado, incluyendo las actividades en la comunidad, que es el factor Medio, se hallaron mayores puntajes en personas con nivel de estudios de Licenciatura (media= 4.5346) y que trabajan en el sector privado (media= 4.4705).

Continuando con la Espiritualidad, que es la creencia interna y externa sobre la existencia, y cómo está afecta la sensación de bienestar; se obtuvieron mayores puntajes en los participantes de sexo masculino (media= 4.8647), con un nivel de estudios de Licenciatura (media= 5.0755) viudos (media= 4.9167) que no practican una religión (media= 4.8388), que trabajan en el sector privado (media= 5.0543) y consumen alcohol (media= 4.8845).

Por último, el factor Trabajo que se refiere a la percepción acerca del ambiente laboral, desarrollo profesional, condiciones laborales y relaciones sociales en el trabajo, se encontraron puntajes mayores en sujetos con nivel de estudios de Licenciatura (media= 5.3547), que trabajan en el sector privado (media= 5.3466) y consumen alcohol (media=5.3379).

Tabla 25. Análisis de Varianza entre variables sociodemográficas y factores de la EMMCV. Versión B

	Grupos	F1 AMBITO FÍSICO				F2 AMBITO PSICOLÓGICO				F3 GRADO DE INDEPENDENCIA				F4 RELACIONES SOCIALES			
		N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia
Sexo				5.315	0.022*												
	Mujer	162	4.3107														
	Hombre	146	4.5776														
Nivel de estudios								6.245	0.000***			19.747	0.000***			7.754	.000***
	Primaria					15	4.7444			15	4.7333			15	4.5263		
	Secundaria					33	4.7980			33	4.5758			33	4.7927		
	Bachillerato					65	4.3872			65	4.2974			65	4.5530		
	Lic.Técnica					21	4.8175			21	5.2063			21	4.9674		
	Licenciatura					159	5.0115			159	5.3082			159	5.2082		
Posgrado					15	4.6222			15	4.6667			15	4.8912			
Estado Civil								2.603	0.036*			7.690	.000***				
	Soltero					184	4.8514			184	5.1332						
	Casado					82	4.6037			82	4.5305						
	U. Libre					27	4.9938			27	4.8951						
	Divorciado					13	5.1538			13	4.9487						
Viudo					3	4.4444			3	4.3333							
Religión	Sí																
	No																
Trabaja	Sí																
	No																
Giro de la empresa				15.217	.000***			16.309	.000***			32.449	.000***			14.315	.000***
	Público	93	4.3369			93	4.7437			93	4.7025			93	4.7629		
	Privado	161	4.6936			161	5.0031			161	5.2629			161	5.1857		
Otros	55	3.8727			55	4.3242			55	4.3394			55	4.6124			
Fumar																6.355	0.012**
	Sí													92	4.7717		
No													218	5.0309			
Alcohol				7.518	0.006**												
	Sí	132	4.6136														
No	177	4.2957															

Tabla 25. Análisis de Varianza entre variables sociodemográficas y factores de la EMMCV. Versión B (Continuación)

	Grupos	F5 MEDIO				F6 ESPIRITUALIDAD				F7 TRABAJO			
		N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia
								7.039	.008**				
Sexo	Mujer					162	4.5957						
	Hombre					146	4.8647						
				4.188	0.001***			12.179	.000***			5.145	0.000***
Nivel de estudios	Primaria	15	3.8250			15	4.3500			15	4.7200		
	Secundaria	33	4.4053			33	4.3030			33	5.2424		
	Bachillerato	65	4.1731			65	4.3077			65	4.8677		
	Lic. Técnica	21	4.4821			21	4.6071			21	5.2476		
	Licenciatura	159	4.5346			159	5.0755			159	5.3547		
	Posgrado	15	4.5333			15	4.3000			15	4.9867		
								6.460	0.000***				
Estado Civil	Soltero					184	4.9090						
	Casado					82	4.3262						
	U. Libre					27	4.6667						
	Divorciado					13	4.7885						
	Viudo					3	4.9167						
Religión	Sí							3.950	0.048*				
	No					171	4.6345						
Trabaja						138	4.8388						
	Sí												
	No												
				4.447	0.012**			29.199	.000***			13.193	.000***
Giro de la empresa	Público	93	4.4530			93	4.4597			93	5.1398		
	Privado	161	4.4705			161	5.0543			161	5.3466		
	Otros	55	4.1273			55	4.1818			55	4.7345		
Fumar	Si												
	No												
								7.811	0.006**			9.843	0.002**
Alcohol	Si					132	4.8845			132	5.3379		
	No					177	4.5975			177	5.0542		

***Correlación es significante p<0.001

**Correlación es significante p<0.01

*Correlación es significante p<0.05

Versión C

Los resultados obtenidos señalan que para el factor *Ámbito Físico*, la única variable significativa fue Fumar ($p = .001$); para el factor *Ámbito Psicológico* resultaron significativas la variable Sexo ($p = .01$) y Nivel de estudios ($p = .05$); en el caso del factor *Grado de Independencia* se muestran significativas las variables Sexo ($p = .05$), Nivel de estudios ($p = .01$) y Trabajo ($p = .01$); respecto al factor *Relaciones Sociales*, la única variable significativa fue Consumo de alcohol ($p = .05$); en el factor *Medio* se muestran significativas la variable Sexo ($p = .05$), Nivel de estudios ($p = .01$), Estado civil ($p = .05$) y Religión ($p = .01$); y por último, el factor *Espiritualidad* resultaron significativas el Nivel de estudios ($p = .01$) y la Religión ($p = .01$)

Considerando lo anterior y con base en los datos de la tabla 26, en el factor *Ámbito Físico* que es la percepción de realizar actividades saludables para el cuerpo que benefician a la calidad de vida, se hallaron mayores puntajes en sujetos que no fuman (media= 4.2310).

En el *Ámbito Psicológico* que se refiere a la opinión de la persona acerca de su apariencia y capacidad cognitiva los grupos que presentaron mayores puntajes fueron los hombres (media= 4.9729) y personas con nivel de estudios de posgrado (media= 5.0559)

En el caso del factor *Grado de Independencia* que es la percepción acerca de la dependencia hacia el consumo de medicinas y drogas, la libertad de tomar decisiones y trasladarse, así como qué tan satisfecho y maduro se siente con su vida; se hallaron mayores puntajes en las personas de sexo masculino (media= 4.9729), con nivel de estudios de posgrado (media= 5.2538) y que se encuentran trabajando (media= 5.0839)

Respecto a *Relaciones Sociales (F4)* que se refiere a la percepción en torno al apoyo social, la compañía, el amor y la libertad sexual; se encontraron mayores puntajes en aquellas personas que consumen alcohol (media= 5.3613)

Ante la opinión sobre el lugar de residencia, el transporte y el traslado, incluyendo las actividades en la comunidad, que es el factor Medio, los grupos con mayores puntajes fueron los hombres (media= 3.8544), con nivel de estudios de posgrado (media= 4.1987) con estado civil de viudez (media= 4.4167) y que practican una religión (media= 3.8559)

Por último, la Espiritualidad que es la creencia interna y externa sobre la existencia, y cómo está afecta la sensación de bienestar; se obtuvieron mayores puntajes en los participantes que tienen un nivel de estudios de posgrado (media= 5.6923) y que practican una religión (media= 5.6473)

Tabla 26. Análisis de Varianza entre variables sociodemográficas y factores de la EMMCV. Versión C

	Grupos	F1 AMBITO FÍSICO				F2 AMBITO PSICOLÓGICO				F3 GRADO DE INDEPENDENCIA				F4 RELACIONES SOCIALES				
		N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	
Sexo								9.904	.002**				3.777	.053*				
	Mujer					183	4.7491			4.9902	4.9902							
	Hombre					178	4.9729			5.1348	5.1348							
Nivel de estudios								3.598	.003**				2.848	.015**				
	Primaria					2	3.5000			3.6000	3.6000							
	Secundaria					19	4.4450			4.8737	4.8737							
	Bach					42	4.8506			5.0286	5.0286							
	Lic. Técnica					41	4.8736			5.2146	5.2146							
	Licenciatura					230	4.8858			5.0435	5.0435							
	Posgrado					26	5.0559			5.2538	5.2538							
Trabaja													8.025	.005**				
	Sí									348	5.0839							
	No									15	4.5600							
Fumar				12.693	.000***													
	Si	92	3.9190															
	No	268	4.2310															
Alcohol																	4.301	.039*
	Si													184	5.3613			
	No													175	5.2064			

Tabla 26. Análisis de Varianza entre variables sociodemográficas y factores de la EMMCV. Versión C (Continuación)

	Grupos	F5 MEDIO				F6 ESPIRITUALIDAD				F7 TRABAJO			
		N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia
Sexo				4.508	.034*								
	Mujer	183	3.6776										
	Hombre	178	3.8544										
Nivel de estudios				3.479	.004**			3.603	.003**				
	Primaria	2	3.0000			2	4.6667						
	Secundaria	19	3.2763			19	5.1228						
	Bachillerato	42	3.7520			42	5.6270						
	Lic. Técnica	41	3.7805			41	5.2114						
	Licenciatura	230	3.7598			230	5.6217						
	Posgrado	26	4.1987			26	5.6923						
Estado Civil				2.509	.042*								
	Soltero	213	3.6671										
	Casado	96	3.8316										
	U. Libre	31	3.9731										
	Divorciado	20	4.0042										
	Viudo	3	4.4167										
Religión				8.084	.005**			7.521	.006**				
	Sí	207	3.8559			207	5.6473						
	No	151	3.6181			151	5.4084						

***Correlación es significativa p<0.001

**Correlación es significativa p<0.01

*Correlación es significativa p<0.05

Correlaciones de Pearson

Se realizaron correlaciones entre los siete factores que componen el instrumento y la variable numérica edad. Al igual que todos los análisis estadísticos, las correlaciones se realizaron para las tres versiones.

Versión A

En la tabla 27, se muestran las correlaciones entre los siete factores y la variable edad para la Versión A. Se observa que el F1 **Ámbito Físico** presenta una asociación positiva para el **Ámbito psicológico (F2)**, **Grado de independencia (F3)**, **Relaciones Sociales (F4)**, **Medio (F5)**, **Espiritualidad (F6)** y **Trabajo (F7)**. En el caso del factor **Ámbito Psicológico (F2)**, cuando éste se incrementa presenta una correlación positiva con los factores **Ámbito físico (F1)**, **Grado de Independencia (F3)**, **Relaciones Sociales (F4)**, **Medio (F5)**, **Espiritualidad (F6)** y **Trabajo (F7)**. Respecto al factor **Grado de Independencia (F3)**, se observa una asociación positiva con todos los factores, incluyendo la variable de edad. Para el factor **Relaciones Sociales (F4)**, existe una relación positiva con los factores **Ámbito físico (F1)**, **Ámbito psicológico (F2)**, **Grado de independencia (F3)**, **Medio (F5)** y **Trabajo (F7)**. En el factor **medio (F5)**, presenta una asociación positiva con todos los factores, incluyendo la variable edad. En cambio para el factor **Espiritualidad (F6)**, cuando éste se incrementa presenta una correlación positiva con los factores **Ámbito físico (F1)**, **Ámbito psicológico (F2)**, **Grado de independencia (F3)**, **Medio (F5)** y **Trabajo (7)**. El último factor **Trabajo (F7)**, se puede observar una asociación positiva con todos los factores y la variable edad. Y la variable edad solo presenta una correlación positiva con los factores **Grado de Independencia (F3)**, **Medio (F5)** y **Trabajo (F7)**.

Tabla 27. Correlaciones de Pearson. Versión A

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Edad
F1	Pearson Correlation	1	.583**	.170**	.227**	.371**	.188**	.333**	-.004
	Sig. (2-tailed)		.000	.001	.000	.000	.000	.000	.935
	N	350	350	350	342	350	350	350	350
F2	Pearson Correlation	.583**	1	.414**	.309**	.319**	.164**	.305**	-.019
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.002	.000	.717
	N	350	350	350	342	350	350	350	350
F3	Pearson Correlation	.170**	.414**	1	.129*	.185**	.140**	.256**	.213**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000		.017	.000	.009	.000	.000
	N	350	350	350	342	350	350	350	350
F4	Pearson Correlation	.227**	.309**	.129*	1	.244**	.053	.135*	-.012
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.017		.000	.330	.013	.825
	N	342	342	342	342	342	342	342	342
F5	Pearson Correlation	.371**	.319**	.185**	.244**	1	.161**	.340**	.116*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.003	.000	.030
	N	350	350	350	342	350	350	350	350
F6	Pearson Correlation	.188**	.164**	.140**	.053	.161**	1	.184**	-.104
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	.009	.330	.003		.001	.051
	N	350	350	350	342	350	350	350	350
F7	Pearson Correlation	.333**	.305**	.256**	.135*	.340**	.184**	1	.153**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.013	.000	.001		.004
	N	350	350	350	342	350	350	350	350
Edad	Pearson Correlation	-.004	-.019	.213**	-.012	.116*	-.104	.153**	1
	Sig. (2-tailed)	.935	.717	.000	.825	.030	.051	.004	
	N	350	350	350	342	350	350	350	350

*** Correlación es significativa p < 0.001

** Correlación es significativa p < 0.01

* Correlación es significativa p < 0.05

NOTA: F1 Ámbito Físico, F2 Ámbito Psicológico, F3 Grado de Independencia, F4 Relaciones Sociales, F5 Medio, F6 Espiritualidad y F7 Trabajo

Versión B

En la tabla 28, se puede apreciar las correlaciones entre los siete factores y la variable edad para la versión B. Se muestra que el F1 **Ámbito Físico** presenta una asociación positiva para el Grado de independencia (F3), Relaciones Sociales (F4), Medio (F5), Espiritualidad (F6) y Trabajo (F7), y con la variable edad presento una correlación negativa. En el caso del factor **Ámbito Psicológico (F2)**, cuando éste se incrementa presenta una correlación positiva con los factores Grado de Independencia (F3), Relaciones Sociales (F4), Medio (F5), Espiritualidad (F6) y Trabajo (F7). Respecto al factor **Grado de Independencia (F3)**, se observa una asociación positiva con todos los factores. Para el factor **Relaciones Sociales (F4)**, también existe una relación positiva con todos los factores. En el factor **medio (F5)**, presenta una asociación positiva con los siete factores. El factor **Espiritualidad (F6)**, cuando se incrementa presenta una correlación positiva con todos los factores. El último factor **Trabajo (F7)**, se puede observar una asociación positiva con el total de factores. Y la variable edad solo presenta una correlación negativa con el factor **Ámbito Físico (F1)**

Tabla 28. Correlaciones de Pearson. Versión B.

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Edad
F1	Pearson Correlation	1	.066	.258**	.128*	.229**	.250**	.258**	-.195**
	Sig. (2-tailed)		.244	.000	.024	.000	.000	.000	.001
	N	311	311	311	311	311	311	311	311
F2	Pearson Correlation	.066	1	.552**	.502**	.297**	.393**	.266**	.073
	Sig. (2-tailed)	.244		.000	.000	.000	.000	.000	.199
	N	311	311	311	311	311	311	311	311
F3	Pearson Correlation	.258**	.552**	1	.526**	.367**	.649**	.370**	-.086
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.132
	N	311	311	311	311	311	311	311	311
F4	Pearson Correlation	.128*	.502**	.526**	1	.329**	.429**	.200**	-.090
	Sig. (2-tailed)	.024	.000	.000		.000	.000	.000	.114
	N	311	311	311	311	311	311	311	311
F5	Pearson Correlation	.229**	.297**	.367**	.329**	1	.285**	.211**	.010
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.864
	N	311	311	311	311	311	311	311	311
F6	Pearson Correlation	.250**	.393**	.649**	.429**	.285**	1	.337**	-.059
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.302
	N	311	311	311	311	311	311	311	311
F7	Pearson Correlation	.258**	.266**	.370**	.200**	.211**	.337**	1	-.065
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.256
	N	311	311	311	311	311	311	311	311
Edad	Pearson Correlation	-.195**	.073	-.086	-.090	.010	-.059	-.065	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.199	.132	.114	.864	.302	.256	
	N	311	311	311	311	311	311	311	311

*** Correlación es significativa p 0.001

** Correlación es significativa p 0.01

* Correlación es significativa p 0.05

NOTA: F1 Ámbito Físico, F2 Ámbito Psicológico, F3 Grado de Independencia, F4 Relaciones Sociales, F5 Medio, F6 Espiritualidad y F7 Trabajo

Versión C

En la tabla 29, se puede apreciar las correlaciones entre los siete factores y la variable edad para la Versión C. Se observa que el F1 **Ámbito Físico** presenta una asociación positiva para el **Ámbito psicológico (F2)**, **Grado de independencia (F3)**, **Relaciones Sociales (F4)**, **Medio (F5)**, **Espiritualidad (F6)** y **Trabajo (F7)**. En el caso del factor **Ámbito Psicológico (F2)**, cuando éste se incrementa presenta una correlación positiva con los factores **Ámbito físico (F1)**, **Grado de Independencia (F3)**, **Relaciones Sociales (F4)**, **Medio (F5)**, **Espiritualidad (F6)** y **Trabajo (F7)**. Respecto al factor **Grado de Independencia (F3)**, se observa una asociación positiva con los factores **Ámbito físico (F1)**, **Ámbito psicológico (F2)**, **Relaciones Sociales (F4)**, **Medio (F5)**, **Espiritualidad (F6)** y **Trabajo (F7)**. Para el factor **Relaciones Sociales (F4)**, existe una relación positiva con los factores **Ámbito físico (F1)**, **Ámbito psicológico (F2)**, **Grado de independencia (F3)**, **Medio (F5)**, **Espiritualidad (F6)** y **Trabajo (F7)**. En el factor **Medio (F5)**, presenta una asociación positiva con todos los factores, incluyendo la variable edad. En cambio para el factor **Espiritualidad (F6)**, cuando éste se incrementa presenta una correlación positiva con los factores **Ámbito físico (F1)**, **Ámbito psicológico (F2)**, **Grado de independencia (F3)**, **Relaciones Sociales (F4)** y **Medio (F5)**. El último factor **Trabajo (F7)**, se puede observar una asociación positiva con los factores **Ámbito físico (F1)**, **Ámbito psicológico (F2)**, **Grado de independencia (F3)**, **Relaciones Sociales (F4)** y **Medio (F5)**. Y la variable edad solo presenta una correlación positiva con el factor **Medio (F5)**.

Tabla 29. Correlaciones de Pearson. Versión C.

CORRELACIONES DE PEARSON VERSIÓN C

		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	Edad
F1	Pearson Correlation	1	.363**	.395**	.307**	.238**	.128*	.352**	-.012
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.015	.000	.822
	N	363	363	363	363	363	363	363	361
F2	Pearson Correlation	.363**	1	.769**	.520**	.411**	.231**	.424**	-.007
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.890
	N	363	363	363	363	363	363	363	361
F3	Pearson Correlation	.395**	.769**	1	.499**	.293**	.217**	.460**	.080
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.129
	N	363	363	363	363	363	363	363	361
F4	Pearson Correlation	.307**	.520**	.499**	1	.335**	.334**	.310**	-.032
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.550
	N	363	363	363	363	363	363	363	361
F5	Pearson Correlation	.238**	.411**	.293**	.335**	1	.105*	.239**	.135*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.046	.000	.010
	N	363	363	363	363	363	363	363	361
F6	Pearson Correlation	.128*	.231**	.217**	.334**	.105*	1	.099	-.030
	Sig. (2-tailed)	.015	.000	.000	.000	.046		.058	.575
	N	363	363	363	363	363	363	363	361
F7	Pearson Correlation	.352**	.424**	.460**	.310**	.239**	.099	1	-.077
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.058		.143
	N	363	363	363	363	363	363	363	361
Edad	Pearson Correlation	-.012	-.007	.080	-.032	.135*	-.030	-.077	1
	Sig. (2-tailed)	.822	.890	.129	.550	.010	.575	.143	
	N	361	361	361	361	361	361	361	361

*** Correlación es significativa p 0.001

** Correlación es significativa p 0.01

* Correlación es significativa p 0.05

NOTA: F1 Ámbito Físico, F2 Ámbito Psicológico, F3 Grado de Independencia, F4 Relaciones Sociales, F5 Medio, F6 Espiritualidad y F7 Trabajo

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión y Conclusiones

Se llevó a cabo una investigación no experimental, transeccional exploratoria, que tuvo como objetivo general obtener la confiabilidad y validez de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida, así como conocer su relación con otras variables en una muestra de trabajadores mexicanos.

Para alcanzar estos objetivos se realizó un primer piloteo del Banco de Reactivos de Calidad de Vida propuesto por Fiscal y Muñiz (2013) con una muestra significativa de trabajadores mexicanos. Dicho Banco de Reactivos de Calidad de Vida estaba compuesto por un total de 604 reactivos, de los cuales dos fueron eliminados debido a su repetición. Para su aplicación, se diseñaron tres versiones que contenían los siete factores establecidos; 199 reactivos fueron seleccionados para conformar la versión A, 201 para la versión B y 202 para la versión C.

La muestra total fue de 1,024 sujetos, de los cuales 350 participaron contestando la versión A, 311 participaron en la Versión B y, por último 363 participaron en la Versión C.

Uno de los objetivos de esta investigación, consistió en obtener una escala válida, confiable y enfocada hacia la cultura mexicana, la cual se logró satisfactoriamente mediante los análisis estadísticos utilizados que fueron la prueba T de Student, el Alfa de Cronbach y el análisis factorial exploratorio.

Generalmente en Psicología una prueba debería presentar una confiabilidad medida a través del Alfa de Cronbach de al menos 0.7, y preferentemente cercana a 0.9 para que la prueba sea útil. Sin embargo, algunas veces se consideran adecuadas alfas de 0.6 o menores (Aron, 2001). Para obtener el índice de consistencia interna del instrumento, se obtuvo el Alfa de Cronbach de cada uno de los factores, así como de las versiones y por último la correspondiente a la versión final (ver tablas 12, 13, 14 y 15). En la versión A, el factor que tuvo una mayor confiabilidad fue el factor 4 Relaciones Sociales con .921, en cambio, el de menor confiabilidad fue el factor 3 Grado de Independencia con .741. En la

versión B, también el factor 4 Relaciones Sociales resultó ser el más alto con .929 y el factor más bajo fue el 6 Espiritualidad con .567. Y para la tercera versión C, el factor 7 Trabajo registró mayor confiabilidad con .902 y el factor 6 Espiritualidad con .616. Se realizaron los análisis de consistencia interna de cada versión; para la versión A con 80 reactivos, la confiabilidad fue de .947; para la versión B fue de .908 con 51 reactivos; y por último, la versión C fue de .932 con 77 reactivos. Se obtuvo un instrumento final de 208 reactivos con una confiabilidad total de .902. La literatura indica que a partir de 0.9 es excelente para la evaluación del coeficiente Alfa de Cronbach, por lo que los resultados obtenidos indican que la escala tiene consistencia interna, manifiesta confiabilidad y mide de forma adecuada lo que desea medir. Se destacan los factores Relaciones Sociales y Trabajo con un mayor coeficiente de confiabilidad, al igual que la versión A, la cual además conservó un mayor número de reactivos en comparación con las otras dos versiones.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la versión obtenida después del primer piloteo consta de 208 reactivos. Ninguno de los 7 factores que componen la prueba se eliminó, sin embargo algunos de los subfactores si fueron eliminados debido a que los reactivos que los conformaban no alcanzaron el nivel de significancia.

Del proceso de eliminación de reactivos, se destacan los siguientes datos:

VERSIÓN A

En esta versión se eliminaron más de la mitad de los reactivos, quedando 80 de los 199 que eran inicialmente (Véase Tabla 23).

El subfactor D (Descanso) correspondiente al Factor 1 (Ámbito Físico) se eliminó por completo, así como los subfactores B y el C (Funciones cognitivas y Pensamiento, respectivamente) correspondientes al F2 (Ámbito Psicológico). En el F3 (Grado de Independencia) se prescindió del subfactor C (Control de enfermedad), mientras que en el F4 (Relaciones Sociales) se eliminó el subfactor B (Apoyo Social). En el F5 (Medio) se descartó el subfactor B (Traslado y

Transporte), en el F6 (Espiritualidad) se eliminó el Subfactor B (Impacto) y en el F7 (Trabajo) se excluyó el subfactor A (Relaciones con Jefes y Compañeros).

VERSIÓN B

Se seleccionaron menos reactivos a comparación de las otras versiones, quedando solamente 51 reactivos de los 201 que eran inicialmente (Tabla 23).

En esta versión se descartó el subfactor A (Nutrición) correspondiente al F1 (Ámbito Físico), el subfactor B (Funciones Cognitivas) del F2 (Ámbito Psicológico) al igual que en la Versión A. Los subfactores A, C y D (Movilidad y toma de decisiones, Control de enfermedad y Drogas respectivamente) correspondientes al F3 (Grado de Independencia) fueron eliminados. Del F4 (Relaciones Sociales) se eliminó el subfactor C (Relaciones sexuales), mientras que del F5 (Medio) se eliminó el subfactor C (Actividades en la comunidad). Al igual que en la Versión A, se eliminó el Subfactor B (Impacto) del F6 (Espiritualidad), y del F7 (Trabajo) se eliminó el subfactor D (Desarrollo profesional).

VERSIÓN C

Se conservaron 77 reactivos de los 202 que eran inicialmente (Tabla 23). Del factor Ámbito Físico se excluyó el subfactor D (Descanso), al igual que en la Versión A. Del factor ámbito Psicológico se eliminó el subfactor B (Funciones cognitivas) al igual que en la otras dos versiones. Del factor Grado de Independencia se eliminó el subfactor C (Control de enfermedad), al igual que en las otras dos versiones. Se eliminó también el subfactor D (Drogas), como en la versión B.

Del factor Relaciones Sociales se eliminaron los subfactores B (Apoyo social) al igual que en la versión A y, el subfactor C (Relaciones sexuales) como en la versión C. Del factor Medio se eliminó el subfactor C Actividades en la comunidad como en la versión B.

Del factor Espiritualidad se conservaron ambos subfactores. Del factor Trabajo se eliminó el subfactor D (Desarrollo Profesional) de igual forma que en la versión B.

En general puede observarse que si bien se excluyeron reactivos de todos los factores, hubo una mayor cantidad de reactivos eliminados de los factores Relaciones Sociales y Trabajo, lo cual no afectó de forma considerable su presencia en el instrumento, ya que inicialmente eran los factores que contaban con más reactivos.

Los factores que tuvieron más modificaciones fueron Ámbito Psicológico y Grado de Independencia, debido a que fueron excluidos en la versión final los subfactores Funciones cognitivas y Control de enfermedad correspondientes a dichos factores.

Es de destacarse también que los subfactores Descanso (correspondiente al Factor Ámbito Físico) e Impacto (perteneciente al Factor Espiritualidad), sólo un reactivo alcanzó la significancia requerida.

La exclusión de dichos subfactores pudo deberse a que no hubo una varianza considerable en las respuestas de los participantes, es decir, los reactivos no discriminaban correctamente. La falta de claridad y ambigüedad de algunos reactivos fueron algunas de las causas puesto que varios participantes nos hicieron estas observaciones al momento de contestar.

El último objetivo de esta investigación fue identificar si existían diferencias significativas entre los factores de Calidad de Vida y las variables sociodemográficas.

En la primera versión (A), la variable edad correlacionó positivamente con los factores Grado de Independencia, Medio y Trabajo. Respecto al primero de estos factores, los resultados sugieren que a mayor edad se incrementa la percepción hacia la libertad de tomar decisiones y trasladarse de un lugar a otro, así como la satisfacción y madurez percibida en su vida. Esto concuerda con lo mencionado por Uriarte (2007) la etapa de la edad adulta se caracteriza por la progresiva autonomía, la madurez psicológica, la productividad y la capacidad de ocuparse de personas dependientes; se asume con normalidad las tareas de desarrollo:

independencia personal, de residencia, incorporación al trabajo, constitución de una nueva familia, en definitiva tareas y retos sociales propios de los adultos.

Schwarz (2001) agrega que la autonomía “se manifiesta por la capacidad de juzgar las propias competencias activas en las relaciones sociales, tener verdadera conciencia de sus acciones y asumir el desarrollo de su personalidad según los valores propios”. La autonomía se adquiere de manera progresiva, al aprender a dominar y controlar nuevas situaciones y a producir respuestas adecuadas (independencia acompañada de interdependencia). (Séve-Ferrieu, 2009)

En el caso del factor Medio, se encontró que a mayor edad se aumenta la percepción sobre el lugar de residencia, el transporte y el traslado, incluyendo las actividades en la comunidad, una primera interpretación sería que al crecer se es más consciente del entorno y se pueden detectar aquellos beneficios o fallas que tiene nuestra casa, colonia, el transporte y el traslado.

En el entorno inmediato de las personas se desarrolla la vida familiar y se establecen relaciones con el entorno natural y social, las cuales han adquirido una importancia cada vez mayor debido al impacto a la salud y calidad de vida. Estas relaciones se ven reflejadas en la participación comunitaria, la cual es una de las iniciativas que actualmente favorecen los procesos de desarrollo de los espacios urbanos.

Respecto al factor Trabajo, los resultados muestran que a mayor edad existe un incremento en la percepción en el ambiente laboral, desarrollo profesional, condiciones laborales y relaciones sociales en el trabajo. Estos resultados concuerdan con los datos de Robina Ramírez (2002) donde concluye que a medida que aumenta la edad, las personas están más motivadas para implicarse en los trabajos que desarrollan, valorando en mayor medida los factores internos de la relación laboral. Al igual que los datos encontrados por Lucas Marín (1981) donde la relación entre edad y satisfacción laboral es positiva a partir de intervalos

de 31- 40 años, alcanzando el máximo de satisfacción en el intervalo previo a la jubilación (Alonso, 2008).

En la segunda versión (B), la edad obtuvo una correlación negativa con el factor Ámbito Físico, es decir, a mayor edad, disminuye la percepción de realizar actividades saludables para el cuerpo que benefician la calidad de vida.

Estos datos coinciden con los recabados por la OMS (2011), donde se estimó que en México los adultos mexicanos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente 47.3% en el periodo comprendido entre 2006 y 2012. Asimismo, en noviembre de 2013, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó el levantamiento del “Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF)” para generar información estadística sobre la participación de hombres y mujeres en la práctica de algún deporte o ejercicio físico en su tiempo libre. La población mexicana de 18 años y más en área urbana es inactiva físicamente en un 56.2%, de la cual el 42% son hombres y 58% son mujeres; en contraparte 43.8% de activos físicamente, de los cuales los hombres representan el 54.4% y las mujeres el 45.6%.

Resulta un reto para las sociedades actuales el mantenimiento de una alimentación saludable y del uso adecuado del tiempo libre en actividades orientadas al ejercicio físico, debido al ritmo de vida ciudadano. En nuestro país aún es necesario informar a las personas sobre la importancia de este tipo de conductas para el beneficio de su salud.

En la última versión (C), igualmente el factor Medio presento una correlación positiva con la variable edad. La relación entre este factor y la edad, sugiere que conforme aumenta la edad, se presta más atención al entorno (casa, colonia, transporte, traslado) y pueden efectuarse juicios valorativos sobre éste, lo que motiva a involucrarse en el desarrollo de actividades sociales orientadas al beneficio de la comunidad.

En relación con las demás variables sociodemográficas, se analizarán por cada versión.

Para la versión A, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el estado civil para los factores Grado de Independencia y Medio. Esto puede interpretarse como una del factor Grado de Independencia con el estado civil unión libre, puede deberse a que las personas perciben mayor independencia y comodidad, ya que la convivencia en pareja sin aquellas obligaciones legales permiten en las personas una mayor flexibilidad, autonomía y crecimiento personal en sus vidas. En cambio para el factor Medio y las personas con un estado civil casado, una posible explicación sería la importancia del entorno, el cual se vuelve primordial, dado que el cuidado de la familia (cónyuge e hijos) se centra en un primer plano en la ubicación de ésta, dónde se tiene que contar con buenos servicios de transporte, seguridad, escolares, recreativos para que la familia crezca y se desarrolle en un ambiente confiable. Se recomendaría para futuras investigaciones profundizar en la calidad de vida con los estados civiles mencionados, teniendo un mayor conocimiento sobre el tiempo de convivencia en pareja, el número de hijos y la edad de éstos.

Mientras que para la versión B, las variables significativas fueron el nivel de estudios y estado civil. Estos resultados sugieren que las personas con mayor autoestima, libertad en la toma de decisiones, alto grado de apoyo en sus círculos sociales y mayor concientización acerca de su entorno, fueron las que tenían como último grado de estudio la Licenciatura, esto puede explicarse ya que las personas que tienen un nivel más alto de estudios pueden sentirse más seguras, y satisfechas consigo mismas. Cabe mencionarse que también en el factor Grado de Independencia, los participantes solteros registraron puntajes significativos, posiblemente porque aún no contraen compromisos que conlleven a decisiones compartidas. Otra explicación sería que esta muestra más del 80% tenía como último grado de estudios la Licenciatura, lo cual expone una desproporción en la población.

Y para la versión C, el nivel de estudios, religión, trabaja actualmente, alcohol y fumar, fueron las variables significativas. Al comparar estas variables con los factores correspondientes, se encontró lo siguiente: las personas que contestaron

no fumar, tuvieron una significancia en el factor **Ámbito Físico** que es la percepción de cuidar la salud física y alimenticia. Para las personas con nivel de estudios con posgrados, registraron un nivel de significancia en la percepción de su apariencia, evidenciando que entre más estudios tengas, incrementa la seguridad y satisfacción en la persona, así como su percepción en su independencia y libertad en la toma de decisiones. Debe incluirse también en el factor **Ámbito Psicológico** y **Grado de Independencia**, las personas que trabajan actualmente, probablemente por la remuneración económica, que se puede interpretar como una libertad económica y el sentirse activos, influyan en éstos factores. Respecto a las relaciones sociales y su correlación con el consumo de alcohol, se ha comprobado según el "Centro Internacional en materia de Políticas sobre el Alcohol" que uno de los factores determinantes para el consumo del alcohol es el entorno familiar, los amigos y las redes sociales. La conducta de consumo de alcohol entre la familia se convierte en un modelo para los jóvenes, en especial la de los hermanos mayores que pueden ejercer una fuerte influencia sobre aquellos patrones de consumo. En cambio, las influencias e interacciones con los amigos son otro determinante importante, puesto que la conducta de consumo de una persona y la conducta de consumo de sus amigos es bidireccional, es decir, una persona recibe la influencia de sus amigos, pero también influye sobre ellos. Debe mencionarse que algunas investigaciones sugieren que aquellos bebedores excesivos reciben cierta aprobación del círculo social en cuestiones de sociabilidad, confianza en sí mismos y agresión, esto con la finalidad de pertenecer a ciertos grupos sociales. Por último, la **Espiritualidad** que es la creencia interna y externa sobre la existencia, y cómo está afecta la sensación de bienestar, se obtuvo mayor puntaje por los participantes que practican una religión.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Se recomienda para el seguimiento de esta investigación modificar la hoja de datos sociodemográficos, dado que varios datos se perdieron por la falta de claridad de las preguntas. Algunas sugerencias son poner en rangos la edad y el

suelo mensual; delimitar las carreras en las áreas de estudios; agregar una pregunta si se cuenta con hijos y una segunda del número de hijos; incrementar las opciones de respuesta para la pregunta del nivel de puesto actual; y por último, añadir la frecuencia de consumo en el alcohol y tabaco, con la finalidad de determinar el tipo de consumidor.

Se sugiere ampliar la muestra en otros estados de la república mexicana, con su debida adaptación. De otro modo, el instrumento estaría enfocado sólo hacia el Distrito Federal y el área metropolitana. Por otra parte, se recomienda incluir a personas de la tercera edad, con la finalidad de tener una muestra más representativa y si se presenta una curva en el ciclo de vida. A la vez ampliar el panorama desde las diferentes etapas de la vida, las cuales cambian de necesidades e intereses.

Se recomienda también incluir preguntas relacionadas al estatus socioeconómico con el fin de encontrar posibles relaciones con los factores y subfactores.

Para el piloteo final se recomienda cumplir la cuota de aplicación de cinco personas por reactivo para garantizar los resultados del análisis factorial, así como con una muestra diversa que permita obtener más información.

Consideramos que los resultados de esta investigación aportan conocimiento importante al estudio de la Calidad de Vida en nuestro país, sin embargo, aún queda mucho por hacer para contar con instrumentos de medición válidos y confiables que permitan la correcta evaluación de la Calidad de Vida, con la finalidad de detectar los factores que tiene mayor influencia en los mexicanos y se propongan estrategias de mejora para los diferentes sectores (laboral, social, económico).

REFERENCIAS

Referencias

"Últimas palabras" y "Definiciones de salud pública" de Milton Terris. (2003). En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(2) 135-139. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021214>

(17 de mayo del 2014). 30 datos que retratan la calidad de vida de los capitalinos. *Periódico ADN Político*. Recuperado de: <http://www.adnpolitico.com/gobierno/2014/05/16/30-datos-que-retratan-la-calidad-de-vida-de-los-capitalinos>

Abad, F. J., Olea J., Ponsoda V., García C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud* Madrid: Síntesis

Abad, F., García, C., Gil, B., Olea, J., Ponsoda, V., Revuelta, J. (2004). *Introducción a la Psicometría: Teoría Clásica de los Tests y Teoría de Respuesta al Ítem* Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/cadalso/Docencia/Psicometria/Apuntes/tema1TyP_4.pdf

Acosta, C., Vales, J., Echevarría, S., Serrano, D., y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23 (2), pp. 241 - 250.

Aiken, L. R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación

Aguilera, J., Perón, E. y Hormía, L. (2014). Instrumento para la medición de la calidad de vida percibida a escala local. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Recuperado de: <http://caribeña.eumed.net/calidad-vida/>

Alonso, M. P. (2008) Estudio comparativo de la satisfacción laboral en el personal de administración *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 24(1) Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1576-59622008000100002&script=sci_arttext

Amigo, V. I., Fernández R. C. y Pérez A. M. (2009). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide

Anastasi, A. y Urbina S. (1998). Tests psicológicos. México: Prentice Hall

Alcántara, M. G. (junio, 2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación Sapiens*. (1)9. Recuperado de http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131758152008000100005&lng=es

Álvarez, L. L. y Salmerón, G. S. *Piloteo de una Escala propuesta de Estilos de afrontamiento al estrés y su relación con variables sociodemográficas en una muestra de trabajadores mexicanos* (Tesis en elaboración) México: Universidad Nacional Autónoma de México

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2) pp. 161-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>

Aragón, B. L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista electrónica de Psicología Iztacala* 7(4) Recuperado de: revistas.unam.mx/index.php/rep/issue/download/21668/20420

Aragón, B. L. (2011). Evaluación Psicológica Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría. México: Manual Moderno

Aranibar, P. (s.f.). *Calidad de Vida y vejez*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Barcelona, España. Recuperado de: www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%5D.doc

Aron, A. (2001). Estadística para Psicología. Argentina: Prentice Hall

Ávila A. M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Revista Acta Médica Costarricense*, 5(2), 71-73. Recuperado en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>

Baldi, G. L. y García, Q. E. (2005). Calidad de vida y medio ambiente. *La psicología ambiental, Universidades* (30) pp. 9-16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37303003>

Ballester, R. (1997). Introducción a la psicología de la salud: aspectos conceptuales. Valencia: Promolibro.

Berruecos, V. L. (2006). *Panorámica actual de la investigación social y cultural sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo en México*. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Recuperado de: <http://www.fisac.org.mx/investigaciones.cfm?catID=1&id=167>

Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4(2), 287-307. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459701997000200006&lng=en&tlng=es. 10.1590/S0104-59701997000200006

Cohen, R.J., Swerdlik, M.E. (2006). Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición. México: Mc Graw Hill Interamericana

Cortada de Kohan, N. (2000a). Técnicas psicológicas de evaluación y exploración. México: Trillas

Cortada de Kohan N. (2000b). Técnicas Psicológicas de evaluación y exploración. México: Trillas

Cronbach, L. J. (1998). Fundamentos de los tests psicológicos: aplicaciones a las organizaciones, la educación y la clínica Madrid: Biblioteca Nueva.

Da Silva, M. (2006) *Nuevas perspectivas de la Calidad de Vida Laboral y sus relaciones con la eficacia organizacional* (Tesis Doctoral) Recuperada en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2669/MDS_TESIS.pdf?sequence=1

Engel, L. G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196(4286) Recuperado de: <http://meagherlab.tamu.edu/MMeagher/Health%20360/Psyc%20360h%20articles/Engel%201977%20360h.pdf>

Espinosa, M. (2002). Calidad de Vida en el Trabajo Percepciones de los trabajadores. Chile: Gobierno de Chile. Dirección de Trabajo.

Fernández, L. J., Fernández, F. M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Especializada en Salud Pública*. 84(2). pp. 169-184. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272010000200005&script=sci_arttext

Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, P. F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris, Revista del Departament de Ciències de la Terra* (5). pp. 117- 135.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). Calidad de vida en la vejez. *Revista de Intervención Psicosocial, Colegio Oficial de Psicólogos*. (5), Recuperado en: *Calidad de Vida y Vejez*, por: Aranibar, P. *Calidad de Vida y vejez*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Barcelona, España. Recuperado en: www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%5D.doc

Fiscal, B. D. y Muñiz, F. L. (2013) *Banco de reactivos para medir Calidad de Vida proponiendo una dimensión a la definición de la OMS*. (Tesis de Licenciatura) México: Universidad Nacional Autónoma de México

Frías-Navarro, D. (s.f.) *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. Recuperado de: www.uv.es/friasnav/

García, E. (1993). *Introducción a la psicometría*. Madrid: Siglo XXI.

Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland-Cherry, C. y Yan Zhou, M. S. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*. 50(1). pp. 59-66.

Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342008000100012&lng=es&tlng=es

Garduño, L. (Ed.) (2005). Calidad de Vida y bienestar subjetivo en México. México: Plaza y Valdés.

Gomero, R., Zevallos, C. y Llappyesan, C. (2006). Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional. *Revista Médica Hered.* 17(2). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2006000200008&lng=es&nrm=iso

Gómez, I. (2007). Salud laboral: Una revisión a la luz de nuevas condiciones de trabajo en Colombia. *Revista Universidad Del Valle*. 6(1). pp. 105-113. Recuperado de: http://objetos.univalle.edu.co/files/Salud_laboral.pdf

González-Celis, A. (2010). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. en Gutiérrez-Robledo y Gutiérrez-Ávila. (Eds). (2010). *Envejecimiento Humano. Una visión transdisciplinaria*. (pp. 365- 378) México: Secretaría de Salud. Instituto de Geriatria. Recuperado de: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf

González, L. R. (Marzo, 2006) Calidad de Vida Laboral. *III Conferencia Internacional: La obra de Carlos Marx y los desafíos del siglo XXI*. Conferencia llevada a cabo en la Habana, Cuba

González, P. U. (2002) El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 28(2) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006

González, S. F. (Ed.) (2006). Factores psicosociales y Salud Mental en el Trabajo. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Recuperado de http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/rial/sso_peru/Documentos%20aportados%20por%20los%20participantes/Factores%20Psicosociales%20y%20Salud%20Mental%20en%20el%20Trabajo.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). *Investigación de Bienestar Subjetivo*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/experimentales/bienestar/default.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). Estadísticas a propósito del Día Mundial sin Tabaco Datos Nacionales. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/tabaco0.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013) Módulo de Práctica deportiva y ejercicio físico. Boletín de prensa No. 424/14 Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2014/Octubre/comunica.pdf>

Juárez, G. A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México *Salud Pública* 49(2) Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200006

Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw- Hill

Kuri, M. P., González, R. J., Hoy, M. J. y Cortés, R. M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México *Salud Pública* 48(1) Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342006000700011&script=sci_arttext&tling=pt

Langner, A. (24 de julio del 2014). México cae un sitio en medición del IDH. *Periódico El economista*. Recuperado de: <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2014/07/24/mexico-cae-sitio-medicion-idh>

Legatum Institute. (2014). The Prosperity Index 2013. Recuperado de: <http://www.prosperity.com/#!//?asperrorpath=%2Fmedia.aspx>

León, R. J., Medina, A. S., Barriga, J. S., Ballesteros, R. A. y Herrera, S. I. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de vida*. España: Editorial UOC.

Lopategui, E. (2000). El concepto de Salud. Recuperado de: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>

Louro, I. (2013). Visión panorámica de los determinantes sociales de la salud. *Revista Salud Vida Cubana*. Recuperada de: <http://www.saludvida.sld.cu/articulo-dossier/2013/11/06/vision-panoramica-de-los-determinantes-sociales-de-la-salud>

Lutz, M. y Edel, A. (2009). Aspectos nutricionales y saludables de los productos de panificación. Chile: Universidad de Valparaíso. Recuperado de: https://www.iseki-food.net/webfm_send/1731

Martínez, A. R. (1996). *Psicometría: Teoría de los Tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis

Martínez, G. M., Martínez, H. J. y Cenarruzabeitia, V. J. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Revista Medicina Clínica*, Vol. 121(17). pp.665-672. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/238255786_Beneficios_de_la_actividad_fisica_y_riesgos_del_sedentarismo

Maté, M. d. C. O., González, S. L., Trigueros, M. L. Á. (2010). Medida de las actitudes. Recuperado del sitio web de la Universidad de Cantabria: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-i/tema-4.-las-actitudes/4.3-medida-de-las-actitudes>.

- Mazzáfero, V. (1999). *Medicina en Salud Pública*. Buenos Aires: El Ateneo
- Mikulic, I. (2007). *Construcción y adaptación de Pruebas Psicológicas*. (Tesis de Licenciatura).
- Molina, P., Odio, D., Duarte, L. y Guevara, N. (2009). Conducta sexual riesgosa y consumo de alcohol. *Revista Wím lu de la Universidad de Costa Rica*. Vol. 4(1) pp. 41-52. Recuperado de: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3921954.pdf
- Morrison, V. y Bennett P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pearson Educación)
- Muñiz, J (1992). *Teoría Clásica de los Tests* Madrid: Pirámide
- Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Madrid: Universitas
- Nieto, J. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana
- Navas, M. J. (1994). Teoría clásica de los tests versus teoría de respuesta al ítem. *Psicológica*, 15, 175-208. Recuperado de: <http://www.uned.es/490015/CV/TCTTRI94.pdf>
- Núñez, R. A., Tobón, S., Arias, H, D., Hidalgo, R. C., Santoyo, T. F., Hidalgo, M. A. y Rasmussen, C. B. (2010). Calidad De Vida, Salud y Factores Psicológicos Perspectivas en *Psicología* 15 (2). pp. 125-142. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126694009>
- Oblitas G. A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson Learning
- Oblitas, G. A. (2006). *Psicología de la Salud, Teoría y Práctica*. Madrid: Plaza y Valdés

Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. (OMS Publicación). Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4930s/9.10.8.html>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva.

Organización Mundial de la Salud. (2011) Prevalencia de la insuficiencia de la actividad física. *Observatorio de Salud global*.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Alcohol*. (Centro de Prensa: Nota descriptiva N°349) Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

O.I.T. (1985). *Convenio 161. Servicios de Salud en el Trabajo*. Ginebra

Orozco, A. J. (2006). *Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/199/1b.htm>

Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de riesgos psicosociales *Universitas Psychologica* 3(2) pp. 179-186
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64730205>

Perea, Q. R. (2011). *Educación para la salud y calidad de vida*. Madrid: Díaz de Santos

Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Revista Universitas Psychologica*. 5(3). pp. 669-679. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750319.pdf>

Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*. 14(4) pp. 207-222.

Reyes-Lagunes. I. (1991) Técnicas de redes semánticas: Conceptos básicos, instrumentación y resultados. *XXIII Congreso Interamericano de Psicología*. Sociedad Interamericana de Psicología. San José Costa Rica

Rodríguez, M. (2009). Factores Psicosociales de riesgo laboral: ¿Nuevos tiempos, nuevos riesgos? *Observatorio Laboral Revista Venezolana* 2(3) pp. 127-141. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2190/219016838007.pdf>

Salanova, S. M. (Ed.) (2009). *Psicología de la salud ocupacional*. Madrid: Síntesis

Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Segurado, T. A. y Agulló, T. E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Revista Psicothema*. 14(4). pp. 828 – 836. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=806>

Séve-Ferrieu (2009) Independencia, autonomía y calidad de vida: análisis y evaluaciones. *Institut de formation en ergotherapie*, 30(1) pp 1-15. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1293296509707364>

Simón, M. (Ed.) (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca nueva.

Shaughnessy, J., Zechmeister, E. y Zechmeister, J.(2007) *Métodos de investigación en Psicología*. México: McGraw-Hill Interamericana

Sheridan, C. L. y Radmacher, S. A. (1992). *Health Psychology: Challenging the biomedical model*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 9(2). pp. 09-21. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s071795532003000200002&lng=es&tlng=es.10.4067/s0717-95532003000200002.

Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud*. México: Mc Graw-Hill

Uriarte, A. J. D (2007) Autopercepción de la identidad en la transición a la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica* 12(2) pp. 279-292

Uribe, I., Amador, G., Zacarías, X. y Villarreal, L. (2012). *Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 10, Número 1. pp. 481-494. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n1/v10n1a31.pdf>

Uribe, R. A., Garrido, P. J. y Rodríguez, A. M. (2011). Influencia del tipo de contratación en la calidad de vida laboral: manifestaciones del capitalismo organizacional. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* (33) Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194218961007.pdf>

Urzúa, M. A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica Chile* 138(3) Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017

Urzúa, M. A., y Caqueo, U. A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 30(1). pp. 61-71. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523000006>

Velarde J. E. y Ávila, F. C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México* 44(4) pp. 349-361. Recuperado de: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

ANEXO A

DISTRIBUCIÓN DE REACTIVOS POR VERSIÓN

**ANEXO A1. DISTRIBUCIÓN DE REACTIVOS
VERSIÓN A**

FACTORES	SUBFACTORES	SITUACIONAL	NEUTRO	DIFERENCIAL	POSITIVO	NEGATIVO	FRECUENCIA	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
F1 Ámbito Físico	Nutrición (A)			5	2	3	2	2		7
	Ejercicio (B)	1	1	5	3	2				6
	Salud (C)			5	3	2				5
	Descanso (D)	1	1	3	2	1				4
										22
F2 Ámbito Psicológico	Sensaciones positivas y negativas (A)	1	1	11	5	6				12
	Funciones cognitivas (B)			1		1	2	2	1	3
	Pensamiento (C)						1		1	1
	Seguridad (D)	2	2				6	5	1	8
										24
F3 Grado de dependencia	Movilidad y toma de decisiones (A)	1	1				7	4	3	8
	Realización (Madurez) (B)			1		1	6	5	1	7
	Control de enfermedad (C)	1	1	2	1	1	2	1	1	5
	Drogas (D)	1	1	3	2	1	2		2	6
										26
F4 Relaciones Sociales	Relaciones personales (A)	4	4	27	14	13				31
	Apoyo social (gobierno, familia, amigos, instituciones, vecinos, etc.) (B)	2	2				7	7		9
	Relaciones sexuales (C)			5	2	3				5
										45
F5 Medio	Lugar donde vive (A)	1	1	13	7	6				14
	Traslado y transporte (B)	2	2	8	3	5				10
	Actividades en la comunidad (C)			8	4	4				8
										32
F6 Espiritualidad	Creencia Interna, Creencia externa (A)	1	1	13	7	6				14
	Impacto (Religiosidad) (B)						1	1		1
										15
F7 Trabajo	Relaciones con Jefes y Compañeros de trabajo (A)	1	1	2	1	1	10	2	8	13
	Ambiente de trabajo (B)			6	3	3	3	2	1	9
	Condiciones de trabajo (C)	2	2	3	2	1	6	2	4	11
	Desarrollo profesional (D)						2	2		2
										35
									Total	199

**ANEXO A2. DISTRIBUCIÓN DE REACTIVOS
VERSIÓN B**

FACTORES	SUBFACTORES	SITUACIONAL	NEUTRO	DIFERENCIAL	POSITIVO	NEGATIVO	FRECUENCIA	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
F1 Ámbito Físico	Nutrición (A)	1	1	6	3	3	1	1		8
	Ejercicio (B)	1	1	4		4	1	1		6
	Salud (C)	1	1	2	1	1	1	1		4
	Descanso (D)	0		2	1	1	2	2		4
										22
F2 Ámbito Psicológico	Sensaciones positivas y negativas (A)	0		8	4	4	2		2	10
	Funciones cognitivas (B)	0		2		2	1	1		3
	Pensamiento (C)	0		0			2	1	1	2
	Seguridad (D)	2	2	2	1	1	4	4		8
										23
F3 Grado de dependencia	Movilidad y toma de decisiones (A)	1	1	7	4	3	0			8
	Realización (Madurez) (B)	1	1	2	1	1	5	4	1	8
	Control de enfermedad (C)	0		4	2	2	1		1	5
	Drogas (D)	1	1	3		3	1		1	5
										26
F4 Relaciones Sociales	Relaciones personales (A)	4	4	22	11	11	6	6		32
	Apoyo social (gobierno, familia, amigos, instituciones, vecinos, etc.) (B)	1	1	0			8	7	1	9
	Relaciones sexuales (C)	0		3	1	2	2	1	1	5
										46
F5 Medio	Lugar donde vive (A)	1	1	6	3	3	8	8		15
	Traslado y transporte (B)	2	2	6	4	2	2		2	10
	Actividades en la comunidad (C)	0		8	4	4	0			8
										33
F6 Espiritualidad	Creencia Interna, Creencia externa (A)	1	1	3		3	10	4	6	14
	Impacto (Religiosidad) (B)	0		0			1	1		1
										15
F7 Trabajo	Relaciones con Jefes y Compañeros de trabajo (A)	1	1	3	2	1	9	1	8	13
	Ambiente de trabajo (B)	1	1	6	3	3	2	1	1	9
	Condiciones de trabajo (C)	1	1	3	2	1	7	4	3	11
	Desarrollo profesional (D)	0		0			3	2	1	3
										36
									Total	201

**ANEXO A3. DISTRIBUCIÓN DE REACTIVOS
VERSIÓN C**

FACTORES	SUBFACTORES	SITUACIONAL	NEUTRO	DIFERENCIAL	POSITIVO	NEGATIVO	FRECUENCIA	POSITIVO	NEGATIVO	TOTAL
F1 Ámbito Físico	Nutrición (A)	1	1	0			7	4	3	8
	Ejercicio (B)	0		2	2		4	3	1	6
	Salud (C)	0		3	1	2	2	1	1	5
	Descanso (D)	1	1	0			3	2	1	4
F2 Ámbito Psicológico	Sensaciones positivas y negativas (A)	1	1	1		1	8	4	4	10
	Funciones cognitivas (B)	1	1	2	2		0			3
	Pensamiento (C)	0		0			1		1	1
	Seguridad (D)	2	2	3	2	1	4	2	2	9
F3 Grado de dependencia	Movilidad y toma de decisiones (A)	0		4	2	2	4	2	2	8
	Realización (Madurez) (B)	1	1	2	1	1	5	4	1	8
	Control de enfermedad (C)	1	1	3		3	1		1	5
	Drogas (D)	2	2	2		2	2		2	6
F4 Relaciones Sociales	Relaciones personales (A)	3	3	3	2	1	27	16	11	33
	Apoyo social (gobierno, familia, amigos, instituciones, vecinos, etc.) (B)	1	1	0			7	6	1	8
	Relaciones sexuales (C)	1	1	0			5	3	2	6
F5 Medio	Lugar donde vive (A)	2	2	1		1	11	8	3	14
	Traslado y transporte (B)	2	2	1		1	7	3	4	10
	Actividades en la comunidad (C)	1	1	5	2	3	2	1	1	8
F6 Espiritualidad	Creencia Interna, Creencia externa (A)	0		0			14	6	8	14
	Impacto (Religiosidad) (B)	0		0			1		1	1
F7 Trabajo	Relaciones con Jefes y Compañeros de trabajo (A)	1	1	9	4	5	2	1	1	12
	Ambiente de trabajo (B)	1	1	7	4	3	2	1	1	10
	Condiciones de trabajo (C)	1	1	3	1	2	7	2	5	11
	Desarrollo profesional (D)	1	1	0			1	1		2
								Total		202

ANEXO B

INSTRUCCIONES

HOJA DE DATOS

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

Instrucciones:

A continuación encontrarás una serie de enunciados a los cuales debes responder considerando tu forma de pensar, sentir y actuar ante determinadas situaciones de tu vida cotidiana. Te pedimos contestar de la manera más honesta y sincera posible ya que no existen respuestas buenas o malas.

Para contestar, utiliza las **HOJAS DE RESPUESTA** anexas, marcando con una “X” la opción con la que mejor te identifiques.

Los enunciados que se te presentan, tienen seis opciones de respuesta y van en una escala de **1. Nunca (N), 2. Casi Nunca (CN), 3. Raras ocasiones (RO), 4. Ocasionalmente (O) y 5. Regularmente (R), 6. Frecuentemente (F)**, debes elegir sólo UNA opción de las seis.

Ejemplo de cómo responder:

22. Me gusta hacer cosas nuevas.

Opciones de Hojas de Respuesta.

1.Nunca N	2. Casi nunca CN	3. Raras ocasiones RO	4.Ocasionalmente O	5.Regularmente R	6.Frecuentemente F
--------------	------------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------------	-----------------------

	N	CN	RO	O	R	F
22.				X		

En este ejemplo se entiende que la respuesta fue la que corresponde a “Ocasionalmente” me gusta hacer cosas nuevas.

Ten la seguridad de que trataremos tus respuestas de forma anónima y con absoluta confidencialidad, sólo serán utilizadas con fines estadísticos.

Nota: Puedes dejar en blanco las preguntas que no estén relacionadas con tu situación actual.

POR FAVOR, NO ESCRIBAS EN ESTE CUADERNILLO, ÚNICAMENTE ESCRIBE EN LAS HOJAS DE RESPUESTA.

Hoja de Datos Generales

1. Edad: _____Años

2. Sexo: 1 Femenino 2 Masculino

3. Nivel de estudios:

1 Primaria 2 Secundaria 3 Bachillerato

4 Carrera Técnica 5 Licenciatura 6 Posgrado

4. Área de estudio:

1 Económico Administrativa 2 Ciencias Sociales

3 Ingenierías 4 Medicina 5 Artes 6 Biológicas

5. Estado civil:

1 Soltero (a) 2 Casado (a) 3 Unión Libre

4 Divorciado 5 Viudo

6. ¿Prácticas alguna religión? 1 Sí 2 No

7. ¿Cuál? _____

8. ¿Tienes hijos? _____Hijos

9. ¿Tienes dependientes económicos? 1 Sí 2 No

10. ¿Trabajas? 1 Sí 2 No

11. ¿Cuánto tiempo tiene trabajando? _____ Años _____ Meses

12. ¿Cuál es el giro de la empresa?

1 Sector Público 2 Sector Privado 3 Otro

13. ¿Cuántas horas trabajas al día? _____

14. ¿Cuántos días trabajas a la semana? _____

15. ¿Qué puesto ocupa?

1 Operativo 2 Mando Medio 3 Ejecutivo

16. ¿Cuánto tiempo lleva en su puesto actual? _____ Años _____ Meses

17. ¿Tiene personal a su cargo? 1 Sí 2 No

18. ¿Cuánto gana? \$ _____ pesos

19. ¿Cuenta con otro trabajo? 1 Sí 2 No

20. ¿Fumas? 1 Sí 2 No

21. ¿Tomas alcohol? 1 Sí 2 No

ANEXO C

ESCALA MEXICANA MULTIDIMENSIONAL DE CALIDAD DE VIDA

VERSIÓN A

CALIDAD DE VIDA

Cuestionario "A"
Versión 1

Octubre 2013

CUESTIONARIO "A" V1
CUESTIONARIO: CALIDAD DE VIDA

- 1.- Tomo agua natural.
- 2.- Tomo jugos naturales.
- 3.- Resuelvo mis problemas de la mejor manera.
- 4.- Tomo buenas decisiones.
- 5.- Tengo pensamientos negativos.
- 6.- Las personas con las que convivo me respetan.
- 7.- Tengo el deseo de superarme.
- 8.- Estoy conforme con mi apariencia.
- 9.- Me considero una persona guapa.
- 10.- Mi peso me hace sentir restringido.

- 11.- Puedo viajar cuando lo requiero o lo necesito sin problema.
- 12.- Puedo decidir dónde vivir.
- 13.- Decido la ropa que uso.
- 14.- En mi trabajo tomo decisiones importantes.
- 15.- Mis decisiones se ven influenciadas por otras personas.
- 16.- Pido la autorización de mi familia y/o pareja para viajar.
- 17.- Pido la aprobación de mi familia y/o pareja para comprar algo.
- 18.- Analizo cualquier situación.
- 19.- Me gustan los compromisos.
- 20.- Doy solución a mis errores.

- 21.- Estoy satisfecho con mis actividades diarias.
- 22.- Me considero una persona madura.
- 23.- Actúo sin pensar.
- 24.- Tomo medicamentos cuando me lo receta el doctor.
- 25.- Tomo medicamentos sin receta médica.
- 26.- Consumo sustancias (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.) con mis amigos.
- 27.- Consumo sustancias (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.).
- 28.- Recibo apoyo social.
- 29.- Recibo apoyo de mis amigos.
- 30.- Recibo apoyo de mi familia.

31.- Recibo apoyo de mis compañeros de trabajo y/o escuela.
32.- Recibo apoyo de mis vecinos.
33.- Cuando tengo un problema económico, mi familia me apoya.
34.- Cuando tengo un problema económico, mis amigos me apoyan.
35.- Mis creencias personales (por ejemplo científicas o religiosas) me dan esperanza y optimismo.
36.- Me gusta ir a las reuniones fuera del trabajo con mis compañeros.
37.- Me llaman la atención por platicar con mis compañeros de trabajo.
38.- Mis compañeros de trabajo se burlan de mí.
39.- Mi jefe me humilla.
40.- Mi jefe de trabajo me ignora.

41.- Alguno(s) de mis compañeros me acosa sexualmente.
42.- Mis compañeros de trabajo me culpan por sus errores.
43.- Cuando tengo algún logro mi jefe me lo reconoce.
44.- Mis compañeros de trabajo inventan chismes de mí.
45.- Mi jefe me amenaza.
46.- El ambiente de mi trabajo es tan bueno que me hace sentir bien en el.
47.- En mi trabajo puedo realizar mis actividades sin supervisión constante.
48.- En mi trabajo realizo mis actividades bajo presión constante.
49.- En mi trabajo me evalúan mi desempeño objetivamente.
50.- Mi trabajo afecta la relación con mi pareja.

51.- Temo que en cualquier momento me despidan.
52.- Tengo tanto trabajo que al salir me siento "molido".
53.- Entre más actividades me asignan más útil me siento.
54.- El sueldo que gano es insuficiente para cumplir mis necesidades.
55.- Soy tomado en cuenta para tomar decisiones en mi organización.
56.- En el lugar en donde trabajo me he podido desarrollar profesionalmente.
57.- Confío en que puedo cumplir mis objetivos.

Favor de irse a la hoja de respuestas para contestar de la pregunta 58 hasta la 178.

179.- Hago ejercicio.
180.- Al despertarme me siento.
181.- Cuando me siento triste yo.
182.- Cuando me veo en el espejo me percibo.
183.- Cuando me ponen un reto yo.
184.- Dependo económicamente de.
185.- Cuando me enfermo.
186.- Suelo fumar.
187.- Con mi pareja me siento.
188.- Cuando termino una relación de pareja.
189.- Cuando hay un desacuerdo entre mi pareja y yo.
190.- La relación con mi pareja es.

191.- Si tengo un problema mis amigos me.
192.- Si tengo un problema, mis vecinos me.
193.- El lugar donde vivo es.
194.- Cuando mi traslado es muy largo yo.
195.- Mi traslado de casa a escuela y/o trabajo es de.
196.- Cuando he buscado trabajo.
197.- Mis compañeros de trabajo me hacen sentir.
198.- Mi trabajo en general es.
199.- Cuando me piden un trabajo en corto tiempo yo.

Hojas de Respuesta Cuestionario "A"

CALIDAD DE VIDA

Versión 1

Nunca = N	Casi Nunca = CN	Raras ocasiones = RO	Ocasionalmente= O	Regularmente = R	Frecuentemente = F
--------------	--------------------	-------------------------	----------------------	---------------------	-----------------------

	N	CN	RO	O	R	F
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						
8.-						
9.-						
10.-						

	N	CN	RO	O	R	F
11.-						
12.-						
13.-						
14.-						
15.-						
16.-						
17.-						
18.-						
19.-						
20.-						

	N	CN	RO	O	R	F
21.-						
22.-						
23.-						
24.-						
25.-						
26.-						
27.-						
28.-						
29.-						
30.-						

	N	CN	RO	O	R	F
31.-						
32.-						
33.-						
34.-						
35.-						
36.-						
37.-						
38.-						
39.-						
40.-						

	N	CN	RO	O	R	F
41.-						
42.-						
43.-						
44.-						
45.-						
46.-						
47.-						
48.-						
49.-						
50.-						

	N	CN	RO	O	R	F
51.-						
52.-						
53.-						
54.-						
55.-						
56.-						
57.-						

A continuación encontrarás una serie de oraciones y dos opciones que usarás para describirte, tomando en consideración que entre más cerca de la palabra se encuentre el cuadro, indica que tienes más de esa característica.

Ejemplo:

El ambiente en mi trabajo me:						
Satisface						Desgasta

Debes marcar con una “X” sobre el cuadro que te represente mejor, Si marcas el cuadro que se encuentra junto a la palabra indica que tienes mucho de esta característica. El resto de los cuadros indican diferentes grados de las características, utiliza éstos para encontrar el punto adecuado para tu propia persona.

Contesta en todos los renglones, dando sólo una respuesta en cada renglón.

Tus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales.

Mi nutrición puede describirse como:						
58.-	Higiénica					Antihigiénica
59.-	Grasas					Proteínas
60.-	Saludable					Insalubre
61.-	No nutritiva					Nutritiva
Normalmente consumo alimentos:						
62.-	Balanceados					No balanceados
Mi actividad física se asocia con:						
63.-	Fatiga					Condición
64.-	Ejercicio					Reposo
65.-	Sedentarismo					Deporte
66.-	Entrenamiento					Flojera
La inactividad me hace sentir:						
67.-	Alegre					Triste
Mi salud física puede describirse:						
68.-	Estable					Inestable
69.-	Enfermo					Saludable
70.-	Atención médica					Desatención médica
71.-	Antihigiénica					Higiénica
La Enfermedad en mi vida es:						
72.-	Descontrolada					Controlada
El descanso es para mí:						
73.-	Innecesario					Indispensable
74.-	Vigorizante					Desalentador
75.-	Tensión					Relajación
Soy una persona:						
76.-	Alegre					Apagada
77.-	Desidiosa					Decidida
78.-	Positiva					Negativa
79.-	Antipática					Amable
80.-	Saludable					Enferma
Soy una persona:						
81.-	Insatisfecha					Satisfecha
82.-	Tranquila					Irritable
83.-	Irresponsable					Responsable
84.-	Sociable					Antisocial
85.-	Poco amigable					Amigable
86.-	Racional					Irracional
Me considero una persona:						
87.-	Motivada					Desmotivada
Los medicamentos para mí:						
88.-	Curan					Enferman
89.-	Dañan					Alivian
Ciertas sustancias que consumo me:						
90.-	Socializa					Aísla
91.-	Deprimen					Animan
92.-	Dan vida					Matan
Con mi pareja me siento:						
93.-	Incomprendido					Comprendido
94.-	Feliz					Infeliz
95.-	Desconfiado					Confiado
96.-	Libre					Manipulado
Con mi pareja me siento:						
97.-	Insatisfecho					Satisfecho
98.-	Relajado					Estresado
99.-	Juzgado					Aceptado
100.-	Independiente					Chantajeado
101.-	Ignorado					Apoyado
102.-	Amado					Despreciado
103.-	Sin importancia					Importante
104.-	Inspirado					Confundido
105.-	Humillado					Respetado

Regularmente mi traslado es:								
145.-	Desagradable						Agradable	
En las actividades en mi comunidad hay:								
146.-	Recreación						Aburrimiento	
147.-	No cooperación						Cooperación	
148.-	Diversión						Aburrimiento	
149.-	Inseguridad						Seguridad	
150.-	Convivencia						No convivencia	
151.-	Desunión						Unión	
152.-	Apoyo						No apoyo	
153.-	Groserías						Respeto	
Para mí la ciencia es:								
154.-	Indispensable						Opcional	
155.-	Insignificante						Importante	
156.-	Accesible						Inalcanzable	
157.-	Teórica						Práctica	
158.-	Necesaria						Innecesaria	
159.-	Inútil						Útil	
160.-	Comprensible						Incomprensible	
161.-	Irreal						Real	
Mi vida en este momento la considero con:								
162.-	Esperanza						Desesperanza	
163.-	Intranquilidad						Tranquilidad	
164.-	Fe						Incredulidad	
165.-	Dudar						Creer	
166.-	Generosidad						Egoísmo	
Mis compañeros de trabajo son conmigo:								
167.-	Deshonestos						Confiables	
168.-	Contentos						Enojones	
El ambiente de mi trabajo me:								
169.-	Distrae						Concentra	
170.-	Motiva						Desmotiva	
171.-	Desanima						Entusiasma	
172.-	Responsabiliza						Da igual	
En el ambiente de mi trabajo hay:								
173.-	Desacuerdos						Convivencia	
174.-	Bienestar						Malestar	
El sueldo que gano es:								
175.-	Malo						Bueno	
176.-	Suficiente						Insuficiente	
Considero que mi trabajo es:								
177.-	Insatisfactorio						Satisfactorio	
Soy una persona:								
178.-	Trabajadora						Floja	

Con mi pareja me siento:								
106.-	Valorado						Insignificante	
107.-	Incompleto						Completo	
108.-	Protegido						Desprotegido	
109.-	Desmotivado						Motivado	
Los amigos:								
110.-	Atienden						Desatienden	
111.-	Desmotivan						Motivan	
112.-	Se preocupan						Despreocupados	
113.-	Envician						Regeneran	
114.-	Reconcilian						Pelean	
115.-	Mienten						Son honestos	
116.-	Impulsan						Reprimen	
117.-	Desamparan						Ayudan	
118.-	Acompañan						Dejan solo	
119.-	Son innecesarios						Son necesarios	
Mis relaciones sexuales son:								
120.-	Placenteras						Dolorosas	
121.-	Desagradables						Satisfactorias	
122.-	Cómodas						Incómodas	
123.-	Aburridas						Vigorosas	
124.-	Abiertas						Sin restricciones	
El lugar donde vivo me hace sentir:								
125.-	Triste						Alegre	
126.-	Despreocupado						Preocupado	
127.-	Intranquilo						Tranquilo	
128.-	Estable						Inestable	
129.-	Enfermo						Sano	
130.-	Competitivo						Incompetente	
131.-	Inseguro						Seguro	
132.-	Carismático						Desagradable	
133.-	Hosco						Amistoso	
134.-	Independiente						Dependiente	
135.-	Violento						Tranquilo	
136.-	Acatado						Delictuoso	
137.-	Sucio						Limpio	
Regularmente mi traslado es:								
138.-	Cercano						Lejano	
139.-	Conflictivo						Tranquilo	
140.-	Cómodo						Incómodo	
141.-	Lento						Rápido	
142.-	Corto						Largo	
143.-	Seguro						Inseguro	
144.-	Entretenido						Aburrido	

179.-	Hago ejercicio:
1	Suficiente para mantenerme en forma
2	Necesario
3	Insuficiente
4	Poco
5	Escaso
6	Nunca
180.-	Al despertarme me siento:
1	Con dolor
2	Vitalizado
3	Fatigado
4	Sin energía
5	Descansado
6	Relajado
181.-	Cuando me siento triste yo:
1	Me aíso
2	Busco compañía
3	Voy a un lugar para distraerme
4	Tengo pensamientos suicidas
5	Pienso que todo mejorará
6	Consumo alguna sustancia como alcohol, tabaco, marihuana, heroína, anfetaminas, etc.
182.-	Cuando me veo en el espejo me percibo:
1	Gordo(a) o Flaco(a)
2	Poco atractivo (a)
3	Feo (a)
4	Guapo (a)
5	Atractivo (a)
6	Lindo (a)
183.-	Cuando me ponen un reto yo:
1	Lo cumplo fácilmente
2	No le doy importancia, porque sé que no lo cumpliré
3	No lo logro aun que me esfuerzo
4	Me empeño hasta cumplirlo
5	Me da igual si lo cumplo o no
6	Busco cumplirlo aunque no siempre lo logre
184.-	Dependo económicamente de:
1	Puedo solventar mis gastos
2	Dependo de lo que me quieran dar los demás
3	Dependo mis amigos y/o pareja
4	Dependo de mi familia
5	Solvento mis gastos y apoyo a mi familia
6	Comparto gastos con alguien más

185.-	Cuando me enfermo:
1	Puedo cuidar de mí mismo
2	Necesito de alguien me ayude todo el tiempo
3	Pido ayuda para cosas que no pueda hacer yo
4	Me hospitalizan
5	Si tengo que salir, voy acompañado
6	No puedo salir de casa
186.-	Suelo fumar:
1	Diario
2	5 ó 4 días a la semana
3	3 ó 2 días a la semana
4	Un día a la semana
5	Sólo en reuniones
6	No fumo
187.-	Con mi pareja me siento:
1	Feliz
2	Abrumado
3	Sin libertad
4	Completo
5	Infeliz
6	Conforme
188.-	Cuando termino una relación de pareja:
1	No deseo salir, ni conocer a nadie más
2	Inmediatamente busco una nueva relación, porque no me gusta estar solo
3	Intento que ninguno de los dos salga lastimado
4	Me doy un tiempo para establecer una nueva relación
5	Es porque ya no estoy cómodo
6	Aunque este incomodo no termino la relación para no hacer sufrir a la otra persona
189.-	Cuando hay un desacuerdo entre mi pareja y yo:
1	Discutimos
2	Nos agredimos verbal y/o físicamente
3	Llegamos a un acuerdo
4	Siempre gana uno, aunque no tenga la razón
5	Discutimos, pero llegamos a un acuerdo
6	Buscamos otras opciones
190.-	La relación con mi pareja es:
1	Divertida
2	Rutinaria
3	Aburrida
4	De peleas constantes
5	Llena de cosas nuevas
6	Conservadora

191.-	Si tengo un problema mis amigos me:	
	1	Animan
	2	Critican
	3	Ignoran
	4	Ayudan
	5	Buscan más problemas
	6	Escuchan
192.-	Si tengo un problema, mis vecinos me:	
	1	Animan
	2	Critican
	3	Ignoran
	4	Ayudan
	5	Buscan más problemas
	6	Escuchan
193.-	El lugar donde vivo es:	
	1	Peligroso
	2	Sucio
	3	Seguro
	4	Limpio
	5	Tranquilo
	6	Ruidoso
194.-	Cuando mi traslado es muy largo yo	
	1	Me aburro
	2	Me divierto
	3	Me estreso
	4	Leo
	5	Duermo
	6	Me desespero
195.-	Mi traslado de casa a escuela y/o trabajo es de:	
	1	De 15 a 30 minutos
	2	De 30 a 60 minutos
	3	De 60 a 90 minutos
	4	De 90 a 120 minutos
	5	De 120 a 150 minutos
	6	Más de 150 minutos
196.-	Cuando he buscado trabajo:	
	1	Prendo una vela a algún Santo (San Judas Tadeo, San Cayetano, San Charbel, Cristo Obrero, etc.)
	2	Preparo mi entrevista
	3	Busco la recomendación de algún conocido
	4	Espero que sea el lugar y el momento adecuado
	5	Confío en mis habilidades y conocimientos
	6	Confío que el destino me guíe

197.-	Mis compañeros de trabajo me hacen sentir:	
	1	Apoyado
	2	Humillado
	3	Alegre
	4	Motivado
	5	Ofendido
	6	Incomodo
198.-	Mi trabajo en general es:	
	1	Bien remunerado
	2	Cansado
	3	Monótono
	4	Inestable
	5	Bueno
	6	Satisfactorio
199.-	Cuando me piden un trabajo en corto tiempo yo:	
	1	Organizo mis actividades para realizarlo
	2	Me estreso y hago mal el trabajo
	3	Me concentro en la tarea asignada
	4	Me molesto y la entrego a destiempo
	5	Aunque me esfuerzo no logro entregarla a tiempo
	6	Me presiono y pido una prorroga

ANEXO D

ESCALA MEXICANA MULTIDIMENSIONAL DE CALIDAD DE VIDA VERSIÓN B

CALIDAD DE VIDA

Cuestionario “B”

Versión 1

Octubre 2013

CUESTIONARIO "B" V1
CUESTIONARIO: CALIDAD DE VIDA

- 1.- El sueldo que gano me motiva.
- 2.- Mi horario de trabajo me permite convivir con mis amigos.
- 3.- Voy al Gimnasio.
- 4.- Admito mis errores, pensando en que así lo decidió un ser divino.
- 5.- Aprendo rápido.
- 6.- Consigo trabajo gracias a mis habilidades.
- 7.- Consumo cereales (arroz, tortillas, pan).
- 8.- Consumo sustancias (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.) cuando estoy con familiares.
- 9.- Cuando me enfermo es por descuido propio.
- 10.- Cuando tengo algún logro la empresa me lo reconoce.

- 11.- Cuando tengo algún logro mis compañeros me lo reconocen.
- 12.- Cuando tengo un problema de salud, mi familia me ayuda.
- 13.- Cuando tengo un problema de salud, mis amigos me ayudan.
- 14.- Cuando tengo un problema económico, mis vecinos me apoyan.
- 15.- Cuento con alguien que me aconseja, cuando lo necesito.
- 16.- Cuento con alguien que me ayude cuando me enfermo.
- 17.- Cuento con alguien que me escucha.
- 18.- Cumplo mis metas con facilidad.
- 19.- El lugar en donde vivo es limpio.
- 20.- El lugar en donde vivo es seguro.

- 21.- El lugar en donde vivo es tranquilo.
- 22.- El transporte que utilizo es insuficiente.
- 23.- En el lugar donde vivo el alumbrado público funciona correctamente.
- 24.- En el lugar donde vivo el sistema de drenaje funciona correctamente.
- 25.- En el lugar donde vivo hay servicio de agua potable.
- 26.- En mi casa cuento con servicio de luz eficiente.
- 27.- En mi trabajo frenan mi crecimiento profesional.
- 28.- En mi trabajo me obligan a cumplir horas extras.
- 29.- Enfrento la responsabilidad de mis actos.
- 30.- He obtenido con mucho trabajo el reconocimiento de la gente.

31.- He pensado en el suicidio.
32.- La convivencia con mis compañeros afecta mi trabajo.
33.- La suerte define mi vida.
34.- Las relaciones sexuales con mi pareja son placenteras.
35.- Los problemas que tengo son debido a mis malas decisiones.
36.- Me considero una persona intolerante.
37.- Me considero una persona segura de mí misma.
38.- Me consta que las "limpias" ayudan a mejorar la salud.
39.- Me cuido para evitar enfermarme.
40.- Me gusta convivir con mis amigos.

41.- Me gusta relacionarme con mi familia.
42.- Me irrito fácilmente.
43.- Me relaciono fácilmente con otras personas.
44.- Me rindo fácilmente ante cualquier situación.
45.- Me siento contento con las amistades que he forjado a través del tiempo.
46.- Me siento feliz con la familia que tengo.
47.- Me siento una persona deseada.
48.- Mi descanso es óptimo.
49.- Mi destino está escrito.
50.- Mi herencia genética ha determinado mi personalidad.

51.- Mi horario de trabajo me permite convivir con mi familia.
52.- Mi horario de trabajo me permite tener actividades recreativas.
53.- Mi jefe me acosa sexualmente.
54.- Mi jefe me culpa por sus errores.
55.- Mi jefe me da más trabajo del que puedo realizar.
56.- Mi jefe me desacredita.
57.- Mi pareja me apoya en mis planes.
58.- Mi pareja me hace sentir bien.
59.- Mi pareja me hace sentir importante.
60.- Mi trabajo afecta la relación con mi familia.

61.- Mi trabajo me hace sentir satisfecho.
62.- Mi traslado es lento.
63.- Mis compañeros de trabajo me hacen enojar.
64.- Mis compañeros de trabajo son groseros conmigo.
65.- Mis compañeros me ignoran.
66.- Mis creencias personales me ayuda a disminuir el sentimiento de soledad.
67.- Mis éxitos son gracias a mi esfuerzo.
68.- Mis ideas ayudan a la innovación de la empresa.

69.- Pienso que me hace falta relacionarme con personas cercanas.

70.- Pienso que tengo relaciones personales cercanas.

71.- Pienso que tengo una buena imagen.

72.- Realizo mi trabajo con desagrado.

73.- Solo obtengo oportunidades gracias a mi dedicación.

74.- Soy feliz en el lugar donde vivo.

75.- Soy guiado por un ser divino.

76.- Suelo dormir sin problema por las noches.

77.- Temo que no renueven mi contrato.

78.- Tener relaciones sexuales con mi pareja me molesta o incómoda.

79.- Tengo pensamientos positivos.

Favor de irse a la hoja de respuestas para contestar de la pregunta 80 hasta la 181.

182.- Cuando estoy con mis amigos yo.

183.- Cuando estoy con otras personas.

184.- Cuando me enfermo.

185.- Cuando salgo a comer, prefiero una comida.

186.- Cuando supero los obstáculos en mi vida, es gracias a.

187.- Cuando tengo algún problema en el trabajo mis compañeros se muestran.

188.- Cuando tengo que caminar yo me.

189.- Cuando tengo un problema mis amigos.

190.- Cuando tengo un sueño, meta u objetivo yo.

191.- Cuando voy a una fiesta.

192.- Cuando voy por la calle camino con.

193.- El ambiente de trabajo me hace sentir.

194.- El dinero que gano en mi trabajo me alcanza para.

195.- El lugar en donde vivo me hace sentir.

196.- El transporte que utilizo es.

197.- El traslado a mi casa es.

198.- En la escuela y/o trabajo.

199.- Fumo a la semana.

200.- Si tengo o quiero salir de casa yo.

201.- Si tengo un problema, mi familia me.

Hojas de Respuesta Cuestionario “B”

CALIDAD DE VIDA

Versión 1

Nunca = N	Casi Nunca = CN	Raras ocasiones = RO	Ocasionalmente= O	Regularmente = R	Frecuentemente = F
------------------	------------------------	-------------------------	-------------------	-------------------------	--------------------

	N	CN	RO	O	R	F
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						
8.-						
9.-						
10.-						

	N	CN	RO	O	R	F
11.-						
12.-						
13.-						
14.-						
15.-						
16.-						
17.-						
18.-						
19.-						
20.-						

	N	CN	RO	O	R	F
21.-						
22.-						
23.-						
24.-						
25.-						
26.-						
27.-						
28.-						
29.-						
30.-						

	N	CN	RO	O	R	F
31.-						
32.-						
33.-						
34.-						
35.-						
36.-						
37.-						
38.-						
39.-						
40.-						

	N	CN	RO	O	R	F
41.-						
42.-						
43.-						
44.-						
45.-						
46.-						
47.-						
48.-						
49.-						
50.-						

	N	CN	RO	O	R	F
51.-						
52.-						
53.-						
54.-						
55.-						
56.-						
57.-						
58.-						
59.-						
60.-						

	N	CN	RO	O	R	F
61.-						
62.-						
63.-						
64.-						
65.-						
66.-						
67.-						
68.-						
69.-						
70.-						

A continuación encontrarás una serie de oraciones y dos opciones que usarás para describirte, tomando en consideración que entre más cerca de la palabra se encuentre el cuadro, indica que tienes más de esa característica.

Ejemplo:

El ambiente en mi trabajo me:						
Satisface	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desgasta

Debes marcar con una “X” sobre el cuadro que te represente mejor. Si marcas el cuadro que se encuentra junto a la palabra indica que tienes mucho de esta característica. El resto de los cuadros indican diferentes grados de las características, utiliza éstos para encontrar el punto adecuado para tu propia persona.

Contesta en todos los renglones, dando sólo una respuesta en cada renglón.

Tus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales.

Ciertas sustancias que consumo me:						
80.-	Aclaran realidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distorsionan realidad
81.-	Alteran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tranquilizan
82.-	Animan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entristecen
Considero que mi trabajo es:						
83.-	Malo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bueno
84.-	Saludable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermizo
El ambiente de mi trabajo me:						
85.-	Desgasta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Satisface
86.-	Da salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enferma
El descanso es para mí:						
87.-	Insomnio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dormir
88.-	Frecuente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nulo
El lugar donde vivo me hace sentir:						
89.-	Cerrado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mente abierta
90.-	Activo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lento
El lugar en donde vivo es:						
91.-	Descuidado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado
92.-	Higiénico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contaminado
93.-	Inseguro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro
94.-	Seguro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peligroso
El sueldo que gano es:						
95.-	Inadecuado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adecuado

En el ambiente en mi trabajo hay:						
96.-	Aprendizaje	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olvido
97.-	Dejan solo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoyo
98.-	Respeto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acoso
99.-	Estrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tranquilidad
En las actividades en mi comunidad hay:						
100.-	Armonía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discordia
101.-	Incultas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intelectuales
102.-	Información	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin información
103.-	Insalubres	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salubres
104.-	Juegos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aburrimiento
105.-	Vandalismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad
En mi familia me:						
106.-	Acompañan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abandonan
107.-	Odian	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aman
108.-	Comparten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monopolizan
109.-	Incomunican	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunican
110.-	Cuidan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descuidan
111.-	Desunida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unida
112.-	Educán	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal educan
113.-	Ignoran	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escuchan
114.-	Equidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inequidad
115.-	Mal aconsejan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aconsejan

En mi familia me:			
116.-	Respetan		Maltratan
117.-	Incomprenden		Comprenden
118.-	Platican		No platican
119.-	Reprimen		Estimulan
La enfermedad en mi vida es:			
120.-	Inconstante		Constante
121.-	Habitual		Inusual
La inactividad me hace sentir:			
122.-	Ansioso		Estable
123.-	Diversión		Desganado
124.-	Entretenido		Enojado
125.-	Energético		Flojera
Las actividades en mi comunidad son:			
126.-	Artísticas		No artísticas
127.-	Incultas		Culturales
Los amigos:			
128.-	Aconsejan		Mal aconsejan
129.-	Entristecen		Alegan
130.-	Animan		Desaniman
131.-	Aburren		Divierten
132.-	Escuchan		Ignoran
133.-	Incomprenden		Comprenden
134.-	Quieren		No quieren
135.-	Son malos		Son buenos
Los medicamentos para mí son:			
136.-	Baratos		Costosos
137.-	Desequilibrio		Equilibrio
138.-	Importantes		Sin importancia
139.-	Empeoran		Mejoran
Me considero una persona:			
140.-	Autosuficiente		Dependiente
141.-	Inmadura		Madura
Me describiría como una persona:			
142.-	Segura		Insegura
143.-	Desagradable		Simpática
Mi nutrición puede describirse como:			
144.-	Balanceda		No balanceada
145.-	Calorías		Vitaminas
Mi vida en este momento la considero con:			
146.-	Consuelo		Desconsuelo
147.-	Confianza		Desconfianza
148.-	Humildad		Soberbia

Mis compañeros de trabajo son conmigo:			
149.-	Arrogantes		Sencillos
150.-	Buenos		Malos
151.-	Tristes		Alegres
Mis relaciones sexuales son:			
152.-	Con amor		Con repugnancia
153.-	Deprimentes		Románticas
154.-	Por acuerdo		Por obligación
Normalmente consumo alimentos:			
155.-	Refresco		Agua
156.-	Nutritivos		Calóricos
157.-	Dulces		Frutas
158.-	Verduras		Almidones
Regularmente mi traslado es:			
159.-	Insuficiente		Abastecido
160.-	Barato		Caro
161.-	Sin recursos		Con recursos
162.-	Mucha gente		Poca gente
163.-	Rutinario		Novedoso
164.-	Limpio		Sucio
Soy alguien:			
165.-	Desequilibrado		Equilibrado
166.-	Estable		Inestable
167.-	Estresado		Relajado
168.-	Exitoso		Frustrado
169.-	Vulnerable		Fuerte
170.-	Seguro		Miedoso
171.-	Antisocial		Sociable
Soy una persona:			
172.-	Analítica		Desordenada
173.-	Callada		Conservadora
174.-	Abierta		Cerrada
175.-	Conformista		Emprendedora
176.-	Concentrada		Distraída
177.-	Envidiosa		Generosa
178.-	Fuerte		Débil
179.-	Infeliz		Feliz
180.-	Motivada		Desmotivada
181.-	Intolerante		Tolerante

182.-	Quando estoy con mis amigos yo:
	1 Me drogo
	2 Me entretengo
	3 Tomo o fumo
	4 Soy feliz
	5 Me aburro
	6 Me divierto
183.-	Quando estoy con otras personas:
	1 Me preocupa no tener nada interesante que decir
	2 Me preocupa mi imagen
	3 Me ignoran
	4 Entablo conversación fácilmente
	5 Me siento cómodo
	6 Me siento parte del grupo
184.-	Quando me enfermo:
	1 Me auto-médico
	2 Voy con un médico
	3 No le doy importancia
	4 Voy con un especialista inmediatamente
	5 Pido consejo de alguien para tomar un remedio
	6 Voy con un médico y llevo a cabo todos los cuidados
185.-	Quando salgo a comer prefiero una comida:
	1 Tacos, tortas, tamales, quesadillas
	2 Papas, refresco, galletas, dulces
	3 Hot dog, hamburguesas, pizzas
	4 Sopa, guisado, tortillas, agua de sabor, postre
	5 Prefiero no comer
	6 Carne, cereal, verdura, fruta, agua natural
186.-	Quando supero los obstáculos en mi vida es gracias a:
	1 Mi esfuerzo y perseverancia
	2 El destino
	3 Ayuda de amigos y/o familiares
	4 Mis oraciones
	5 Suerte
	6 Mi esfuerzo y que me encomiendo a un ser divino
187.-	Quando tengo algún problema en el trabajo mis compañeros se muestran:
	1 Cooperativos
	2 Groseros
	3 Leales
	4 Optimistas
	5 Hipócritas
	6 No ayudan

188.-	Quando tengo que caminar yo me:
	1 Fatigo
	2 Canso
	3 Sofoco
	4 Activo
	5 Relajo
	6 Fortalezco
189.-	Quando tengo un problema mis amigos:
	1 Ignoran
	2 Escuchan
	3 Abandonan
	4 Apoyan
	5 Acompañan
	6 Agreden
190.-	Quando tengo un sueño, meta u objetivo yo:
	1 Lo alcanzo sin ningún problema
	2 Me esfuerzo mucho para lograrlo
	3 Nunca lo alcanzo
	4 Si no lo alcanzo rápidamente me rindo
	5 Pido ayuda a mi familia, amigos y/o pareja para alcanzarlo
	6 No tengo sueños, metas u objetivos
191.-	Quando voy a una fiesta:
	1 Me aíso
	2 Entablo nuevas amistades
	3 No voy a fiestas
	4 Sólo hablo con mis conocidos
	5 Soy el alma de la fiesta
	6 Convivo con mis amigos y si se presenta la oportunidad entablo nuevas amistades
192.-	Quando voy por la calle camino con:
	1 Seguridad
	2 Vulnerabilidad
	3 Miedo
	4 Agresividad
	5 Tranquilidad
	6 Confianza
193.-	El ambiente de trabajo me hace sentir:
	1 Cansado
	2 Enfermo
	3 Con energía
	4 Saludable
	5 Estresado
	6 Relajado

194.-	El dinero que gano en mi trabajo me alcanza para:	
	1	Alimentación
	2	Lo básico y diversión
	3	Lo básico y educación
	4	Servicios básicos, vestido y calzado
	5	Para todo lo anterior
	6	Los anteriores y ahorrar
195.-	El lugar en donde vivo me hace sentir:	
	1	Alegre
	2	Seguro
	3	Tranquilo
	4	Triste
	5	Preocupado
	6	Inseguro
196.-	El transporte que utilizo es:	
	1	Alto en costo
	2	Accesible en cuanto a costo
	3	Sucio
	4	Limpio
	5	Lento
	6	Rápido y seguro
197.-	El traslado a mi casa es:	
	1	Relajado
	2	Fastidioso
	3	Inseguro
	4	Seguro
	5	Cansado
	6	Agradable
198.-	En la escuela y/o trabajo:	
	1	Tengo amigos y conocidos de varios grupos y/ áreas
	2	Sólo convivo con un grupo limitado de personas
	3	No tengo amigos
	4	A pocos les caigo bien
	5	Tengo pocos pero buenos amigos
	6	Cuando tengo oportunidad convivo con personas fuera de mi grupo y/o área
199.-	Fumo a la semana:	
	1	Más 40 cigarros
	2	31 a 40 cigarros
	3	21 a 30 cigarros
	4	11 a 20 cigarros
	5	1 a 10 cigarros
	6	No fumo

200.-	Si tengo o quiero salir de casa yo:	
	1	Dependo de que alguien pueda acompañarme
	2	No salgo
	3	Puedo salir solo sin ningún problema
	4	Cuando es necesario salgo acompañado
	5	Salgo solo, aunque en ocasiones tienen que ayudarme desconocidos
	6	Aunque necesito compañía trato de ser independiente
201.-	Si tengo un problema, mi familia me:	
	1	Anima
	2	Critica
	3	Ignora
	4	Ayuda
	5	Busca más problemas
	6	Escucha

ANEXO E

ESCALA MEXICANA

MULTIDIMENSIONAL DE

CALIDAD DE VIDA

VERSIÓN C

CALIDAD DE VIDA

Cuestionario "C"

Versión 1

Octubre 2013

CUESTIONARIO "C" V1
CUESTIONARIO: CALIDAD DE VIDA

1.- Me gusta mi trabajo.

2.- Consumo carne.

3.- El transporte que utilizo es incómodo.

4.- Para conseguir trabajo, me encomiendo a un ser divino.

5.- Consumo comida rápida (hot dog, hamburguesas, pizza, tacos, tortas).

6.- La ciencia es la verdad absoluta.

7.- Me peleo con mis compañeros de trabajo.

8.- Me siento triste.

9.- Mis amigos me motivan.

10.- Mi familia me exige demasiado.

11.- Me deprimó.

12.- Cuando tomo decisiones importantes pregunto a alguien qué hacer.

13.- Cuando implementan mis ideas me siento realizado.

14.- Mi familia me comprende.

15.- El lugar en donde vivo es peligroso.

16.- El lugar en donde vivo es ruidoso.

17.- Soy una persona satisfecha.

18.- Mi familia me escucha.

19.- El transporte me desgasta.

20.- Modifican mi horario de trabajo sin previo aviso afectando mi vida personal.

21.- Me enfermo.

22.- Salgo tarde porque me piden trabajo de último momento.

23.- Mi jefe me felicita por mi trabajo.

24.- Mi familia es unida.

25.- Me considero una persona amada.

26.- Mi familia me respeta.

27.- Modifican mi horario de trabajo sin previo aviso afectando mis actividades.

28.- Puedo trasladar objetos (libros, cajas, bolsas del mandado, mochilas, etc.) sin esforzarme demasiado.

29.- Cuando lo considero pertinente, recorro a técnicas esotéricas (lectura de tarot, mano, café, etc.)

30.- En mi comunidad tengo fácil acceso a mercados, supermercados y/o tiendas.

31.- Puedo tener relaciones sexuales libremente, sin tabús ni prejuicios.
32.- Mis éxitos son gracias a otros.
33.- Respetan mi horario de trabajo.
34.- Hago ejercicio en casa.
35.- Evito creer en cosas que no estén comprobadas científicamente.
36.- Con mis amigos soy “desastroso”.
37.- Cuento con alguien con quien divertirme.
38.- Cuando salgo a la calle necesito ayuda de alguien.
39.- Confío en mis actos más que en el destino.
40.- El transporte es limpio.

41.- Soy una persona solitaria.
42.- Mi pareja me cela, provocándome problemas.
43.- Soy una persona que se enoja fácilmente.
44.- Me siento satisfecho al tener relaciones.
45.- Creo que tengo pocas posibilidades de ser alguien en la vida.
46.- Tengo poco contacto con mis amigos.
47.- Realizo mi trabajo con gusto.
48.- Mi pareja me engaña.
49.- Me gusta relacionarme con nuevas personas.
50.- Me siento satisfecho cuando ayudo a alguien.

51.- El traslado es ruidoso.
52.- Para conseguir trabajo, recurro a rituales de brujería.
53.- El trabajo que tengo actualmente es gracias a mi buena suerte.
54.- Debido a mi religión se me dificulta la convivencia con otras personas.
55.- Me considero una persona tranquila.
56.- Consumo pescado.
57.- Me consta que las “limpias” ayudan a mejorar la suerte.
58.- Planeo mi futuro porque no creo en la suerte.
59.- Fumo marihuana.
60.- Asisto a las actividades artísticas que realizan en mi comunidad.

61.- Evito la actividad física.
62.- Termino todo lo que empiezo.
63.- Me gusta relacionarme con mis vecinos.
64.- El traslado es aglomerado.
65.- Cuando duermo tengo un buen descanso.
66.- En mi comunidad tengo acceso a la educación.

67.- El sueldo que percibo cubre mis necesidades.
68.- Tomo refresco.
69.- Tengo una única pareja sexual aunque me siento insatisfecho.
70.- Consumo sustancias (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.) con mis compañeros de escuela o trabajo.

71.- Modifican mi horario de trabajo sin previo aviso afectando mi descanso.
72.- Me considero una persona optimista.
73.- Me gusta relacionarme con mis compañeros de trabajo y/o escuela.
74.- Tengo sueño durante el día.
75.- Soy feliz con lo que hago.
76.- En mi comunidad hay seguridad (Patrullaje vecinal, policías, bomberos, vigilancia, sistemas de alarmas, etc.).
77.- Admito mis errores sin culpar a un ser divino.
78.- Con nadie comparto mis intereses.
79.- Mi familia me motiva.
80.- Mi pareja me golpea.

81.- Si tuviera algún conflicto, cuento con alguien que me ayudaría.
82.- Mi familia me ignora.
83.- Tengo personas confiables a mi alrededor.
84.- Mi salud está controlada por medicamentos.
85.- Para poder tener relaciones sexuales tengo que esconderme.
86.- Disfruto tener relaciones sexuales.
87.- Cuento con personas que me demuestran su afecto.
88.- Solo creo en lo que veo.
89.- En mi comunidad tengo acceso a bibliotecas.
90.- Mis amigos me mal aconsejan.

91.- Mi familia me cuida.
92.- Me divierto con mis amigos.
93.- Tengo suficiente energía para mis actividades diarias.
94.- Mi pareja me agrede verbalmente.
95.- Mi familia me demuestra amor.
96.- Consumo frutas.
97.- Me considero una persona feliz.
98.- Puedo tomar solo cualquier decisión.
99.- Consumo comida no balanceada (papas, refresco, alimentos fritos, dulces).
100.- En mi comunidad tengo acceso a servicio médico.

101.- Mi traslado es seguro.
102.- En el lugar en donde vivo mis vecinos son unidos.
103.- Mi trabajo afecta mi salud.
104.- En mi comunidad tengo acceso a internet.
105.- Consumo verduras.
106.- Mis amigos me hacen sentir querido.
107.- Consigo oportunidades por caerle bien a las personas.
108.- Me considero una persona saludable.
109.- En mi comunidad tengo acceso a centros deportivos.
110.- En mi familia me regañan sin motivo alguno.

111.- Tengo un equilibrio entre lo que deseo y lo que quiero.
112.- Hago ejercicio al aire libre.
113.- Soy una persona reconocida por los demás.
114.- Pruebo mi suerte en actos o juegos de azar.
115.- En el lugar en donde vivo hay manifestaciones.
116.- Soy una persona estresada.
117.- El transporte es barato.
118.- Me considero una persona independiente.
119.- Evito pasar debajo de una escalera, por miedo a tener mala suerte.
120.- Cuando cometo algún error en mi trabajo, toman represalias.

121.- El lugar en donde vivo es sucio.
122.- Creo que no valgo nada.
123.- Mi familia me deprime.
124.- Mi familia confía en mí.
125.- Cuento con alguien que me ayuda a relajarme:
126.- Mi familia me pone atención.
127.- Mi familia me aconseja.

Favor de irse a la hoja de respuestas para contestar de la pregunta 128 hasta la 178.
179.- Pienso que las personas de mi alrededor.
180.- Convivo con mi familia.
181.- En el lugar en donde vivo hay.
182.- El trabajo que realizo me hace sentir.
183.- Mis compañeros de trabajo se portan conmigo.
184.- En las actividades que se realizan en mi comunidad hay.
185.- Cuando tengo que memorizar algo yo.

186.- El transporte me hace sentir.
187.- Para mantener mi salud necesito medicarme.
188.- La cantidad de comida nutritiva que consumo (cereales, carnes, vegetales, frutas, etc.) es.
189.- Consumo alcohol.
190.- Tener relaciones sexuales me hace sentir.

191.- El ambiente del trabajo me hacen sentir.
192.- Mi cuerpo.
193.- Mi familia me hace sentir.
194.- Consumo drogas (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.).
195.- Espero el transporte.
196.- Mi familia es.
197.- La mayor parte del tiempo soy una persona.
198.- El material del que está mayormente construida mi casa es.
199.- Cuando no tengo las herramientas necesarias para realizar mi trabajo yo.
200.- Si tengo un problema, mis compañeros de trabajo me.
201.- Cuando prometo algo yo.
202.- Regularmente duermo.

Hojas de Respuesta Cuestionario “C”

CALIDAD DE VIDA

Versión 1

Nunca = N	Casi Nunca = CN	Raras ocasiones = RO	Ocasionalmente= O	Regularmente = R	Frecuentemente = F
--------------	--------------------	-------------------------	----------------------	---------------------	-----------------------

	N	CN	RO	O	R	F
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						
8.-						
9.-						
10.-						

	N	CN	RO	O	R	F
11.-						
12.-						
13.-						
14.-						
15.-						
16.-						
17.-						
18.-						
19.-						
20.-						

	N	CN	RO	O	R	F
21.-						
22.-						
23.-						
24.-						
25.-						
26.-						
27.-						
28.-						
29.-						
30.-						

	N	CN	RO	O	R	F
31.-						
32.-						
33.-						
34.-						
35.-						
36.-						
37.-						
38.-						
39.-						
40.-						

	N	CN	RO	O	R	F
41.-						
42.-						
43.-						
44.-						
45.-						
46.-						
47.-						
48.-						
49.-						
50.-						

	N	CN	RO	O	R	F
51.-						
52.-						
53.-						
54.-						
55.-						
56.-						
57.-						
58.-						
59.-						
60.-						

	N	CN	RO	O	R	F
61.-						
62.-						
63.-						
64.-						
65.-						
66.-						
67.-						
68.-						
69.-						
70.-						

	N	CN	RO	O	R	F
71.-						
72.-						
73.-						
74.-						
75.-						
76.-						
77.-						
78.-						
79.-						
80.-						

	N	CN	RO	O	R	F
81.-						
82.-						
83.-						
84.-						
85.-						
86.-						
87.-						
88.-						
89.-						
90.-						

	N	CN	RO	O	R	F
91.-						
92.-						
93.-						
94.-						
95.-						
96.-						
97.-						
98.-						
99.-						
100.-						

	N	CN	RO	O	R	F
101.-						
102.-						
103.-						
104.-						
105.-						
106.-						
107.-						
108.-						
109.-						
110.-						

	N	CN	RO	O	R	F
111.-						
112.-						
113.-						
114.-						
115.-						
116.-						
117.-						
118.-						
119.-						
120.-						

	N	CN	RO	O	R	F
121.-						
122.-						
123.-						
124.-						
125.-						
126.-						
127.-						

A continuación encontrarás una serie de oraciones y dos opciones que usarás para describirte, tomando en consideración que entre más cerca de la palabra se encuentre el cuadro, indica que tienes más de esa característica.

Ejemplo

El ambiente en mi trabajo me:						
Satisface	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desgasta

Debes marcar con una “X” sobre el cuadro que te represente mejor, Si marcas el cuadro que se encuentra junto a la palabra indica que tienes mucho de esta característica. El resto de los cuadros indican diferentes grados de las características, utiliza éstos para encontrar el punto adecuado para tu propia persona.. Contesta en todos los renglones, dando sólo una respuesta en cada renglón.

Mis compañeros de trabajo son conmigo:						
128.-	Amistosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antipáticos
129.-	Holgazanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cooperativos
130.-	Sociables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antisociales
131.-	Irresponsables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Responsables
132.-	Compañerismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insolidarios
133.-	Groseros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cordiales
134.-	Cooperativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No ayudan
135.-	Envidiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Generosos
136.-	Respetuosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Groseros
En mi familia me:						
137.-	Desaprueban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoyan
138.-	Protegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agreden
139.-	Desconfían	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confían
Las actividades en mi comunidad son:						
140.-	Familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin familia
141.-	Insulsas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interesantes
142.-	Religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-religión
143.-	Anti-deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deportivas
144.-	Continuas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No hay
El ambiente de mi trabajo me:						
145.-	Obstaculiza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supera
146.-	Enseña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ignora
147.-	Da inseguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da seguridad
148.-	Tranquiliza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estresa
Mi actividad física se asocia con:						
149.-	Apatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dinamismo
La enfermedad en mi vida es:						
150.-	Alivio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor
151.-	Alteración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calma
152.-	Utilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Invalidez
Ciertas sustancias que consumo me:						
153.-	Destruyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Favorecen
154.-	Benefician	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deterioran
El sueldo que gano es:						
155.-	Injusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justo
156.-	Estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inestable
Me describiría como una persona:						
157.-	Inestable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estable
158.-	Líder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sumisa
159.-	Poco exitosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exitosa
El lugar en donde vivo es:						
160.-	Cuidadoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Negligente
La inactividad me hace sentir:						
161.-	Desmotivado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivado
Regularmente mi traslado es:						
162.-	Silencioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruidoso
Me considero una persona:						
163.-	Fracasada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realizada
164.-	Racional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irracional
Soy alguien:						
165.-	Desconfiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confiado
166.-	Solvente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deudor
167.-	Imprudente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prudente
168.-	Responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desobligado
En el ambiente de mi trabajo hay:						
169.-	Enemistad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amistad
170.-	Limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suciedad
171.-	Incomodidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comodidad
Los medicamentos para mí :						
172.-	Controlan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontrolan
173.-	Fortalecen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilitan
174.-	Son buenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Son malos
Soy una persona:						
175.-	Inculta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Culta
176.-	Divertida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aburrida
177.-	Fantasiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Realista
Considero que mi trabajo es:						
178.-	Energético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansado

179.-	Pienso que las personas de mi alrededor:	
	1	Me ignoran
	2	Me humillan
	3	No me dan la importancia que merezco
	4	Me incluyen en su grupo
	5	Conviven conmigo
	6	Me ponen atención
180.-	Convivo con mi familia:	
	1	A diario, en cualquier momento
	2	En reuniones familiares
	3	En la hora de comer (desayuno, comida y/o cena)
	4	Cuando hay una emergencia
	5	No convivo con mi familia
	6	Los fines de semana
181.-	En el lugar en donde vivo hay:	
	1	Unión
	2	Vandalismo
	3	Delincuencia
	4	Fiestas
	5	Convivencia
	6	Violencia
182.-	El trabajo que realizo me hace sentir:	
	1	Importante
	2	Realizado
	3	Sin importancia
	4	Satisfecho
	5	Estancado
	6	Aburrido
183.-	Mis compañeros de trabajo se portan conmigo:	
	1	Desinteresados
	2	Groseros
	3	Amables
	4	Holgazanes
	5	Cooperativos
	6	Alegres
184.-	En las actividades que se realizan en mi comunidad hay:	
	1	Acuerdos
	2	Convivencia
	3	Seguridad
	4	No se realizan
	5	Inseguridad
	6	Desacuerdos

185.-	Cuando tengo que memorizar algo yo:	
	1	Me estreso
	2	No me puedo concentrar
	3	Lo memorizo fácilmente
	4	Aunque me cuesta trabajo, lo puedo recordar
	5	Lo repaso varias veces para poderlo recordar
	6	No lo puedo recordar
186.-	El transporte me hace sentir:	
	1	Inseguro
	2	Seguro
	3	Cómodo
	4	Incómodo
	5	Estresado
	6	Relajado
187.-	Para mantener mi salud necesito medicarme:	
	1	Todo el tiempo (varias veces por día, todos los días)
	2	No necesito medicarme
	3	Solo cuando me siento con malestar
	4	Durante un periodo corto
	5	Ocasionalmente entre periodos largos de tiempo
	6	Una vez por día
188.-	La cantidad de comida nutritiva que consumo (cereales, carnes, vegetales, frutas, etc.) es:	
	1	Suficiente
	2	Necesaria
	3	Insuficiente
	4	Poca
	5	Escasa
	6	Nula
189.-	Consumo alcohol:	
	1	Diario
	2	5 ó 4 días a la semana
	3	3 ó 2 días a la semana
	4	Un día a la semana
	5	Una vez al mes aproximadamente
	6	No bebo alcohol
190.-	Tener relaciones sexuales me hace sentir:	
	1	Insatisfecho
	2	Satisfecho
	3	Con dolor físico
	4	Incómodo
	5	Relajado
	6	Bien

191.-	El ambiente de trabajo me hace sentir:	
	1	Tranquilo
	2	Incómodo
	3	Inseguro
	4	Motivado
	5	Estable
	6	Fastidiado
192.-	Mi cuerpo:	
	1	Me hace sentir incómodo
	2	Me gusta
	3	Me da pena
	4	No me gusta
	5	Me hace sentir atractivo
	6	Me enorgullece
193.-	Mi familia me hace sentir:	
	1	Amado
	2	Ignorado
	3	Apoyado
	4	Humillado
	5	Motivado
	6	Avergonzado
194.-	Consumo drogas (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.):	
	1	Diario
	2	5 ó 4 días a la semana
	3	3 ó 2 días a la semana
	4	Un día a la semana
	5	Una vez al mes aproximadamente
	6	No consumo
195.-	Espero el transporte:	
	1	Menos de 5 minutos
	2	10 minutos
	3	20 minutos
	4	30 minutos
	5	40 minutos
	6	Más de 1 hora
196.-	Mi familia es:	
	1	Alegre
	2	Amargada
	3	Cordial
	4	Cerrada
	5	Afectuosa
	6	Hostigosa

197.-	La mayor parte del tiempo soy una persona:	
	1	Alegre
	2	Amable
	3	Seria
	4	Enojona
	5	Quejumbrosa
	6	Tranquila
198.-	El material del que está mayormente construida mi casa es:	
	1	Cartón y/o materiales reciclados
	2	Lamina
	3	Madera
	4	Adobe
	5	Tabique y/o tabicón
	6	Cemento
199.-	Cuando no tengo las herramientas necesarias para realizar mi trabajo yo:	
	1	Busco la solución
	2	Pido ayuda
	3	Espero a que alguien lo resuelva
	4	Me enoja y ya no termino mi trabajo
	5	Me molesto pero busco solucionarlo
	6	No sé qué hacer
200.-	Si tengo un problema, mis compañeros de trabajo me:	
	1	Animan
	2	Critican
	3	Ignoran
	4	Ayudan
	5	Buscan más problemas
	6	Escuchan
201.-	Cuando prometo algo yo:	
	1	Lo cumplo sin problema alguno
	2	La mayoría de las ocasiones no lo cumplo
	3	Lo cumplo si me insisten mucho
	4	Alargo el periodo para cumplir
	5	Lo cumplo para no sentirme culpable
	6	No lo cumplo
202.-	Regularmente duermo:	
	1	Menos de 2 horas diarias
	2	8 horas diarias
	3	2 horas diarias
	4	6 horas diarias
	5	Más de 10 horas diarias
	6	4 horas diarias