



Universidad Nacional Autónoma de México

**Facultad de Psicología
División de estudios Profesionales**

**Relación entre duración de la jornada laboral, tiempo de traslado al
trabajo y calidad de vida en empleados del área Metropolitana**

T E S I S

**Que para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

**Presenta:
Mayeli Hernández Ramos**

Directora de tesis: Dra. Alejandra García Saisó

Revisora: Mtra. Adriana Guadalupe Martínez Pérez

Ciudad de México, Enero 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



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

En especial a la Dra. Alejandra por orientarme en la realización de este trabajo, por su calidez y motivación otorgada durante todo el proceso.

A la Mtra. Adriana, la Mtra. Erica Souza, el Dr. Octavio Salvador y la Lic. Mirna Ongay, muchas gracias por el tiempo dedicado en la revisión de este trabajo y por supuesto por sus aportaciones que fueron esenciales para poder concluir.

Dedicatorias

Dedico este trabajo principalmente a mis padres porque siempre me han apoyado y me han dado su cariño y comprensión, gracias por todo lo que me siguen brindando, los quiero mucho.

A Olivia; eres uno de mis grandes pilares emocionales y de los regalos más grandes que me ha dado la vida, porque además de mi hermana eres una gran amiga.

A Oscar por la gran paciencia y colaboración; porque has estado conmigo en cada paso y gracias a tu apoyo pude concluir este proyecto, comparto contigo este logro.

A mis tíos entrañables: Elena, Abel y Rubén; por el apoyo incondicional que siempre me han ofrecido. También a Daniel, Raúl y Gabriel, porque son muy importantes en mi vida, aunque la diferencia de edades nos vaya distanciando.

A mis amigos; Marisol, Gloria, Mónica, Vero, Nancy, Ezequiel, Eliseo, Luis y a todos aquellos que seguramente me faltará mencionar. Para Alejandra una mención especial porque iniciamos casi juntas este camino y compartimos las distintas etapas que conlleva. A todos; ¡gracias por ser parte de mi vida!

Finalmente, a Nahum por ayudarme a ver la vida desde una perspectiva distinta y hacer que este camino fuera mucho más ameno.

Con mucho cariño y admiración, Mayeli

Contenido

Introducción.....	6
Capítulo 1. Salud	8
1.1. Concepto de salud.....	8
1.1.1 Modelo biomédico.....	13
1.1.2 Modelo biopsicosocial	14
1.2 Psicología de la salud	18
Capítulo 2. Calidad de Vida	25
2.1 Surgimiento de la Calidad de Vida	25
2.2 Concepto de calidad de vida	30
2.3 Estilos de vida.....	33
2.3.1 Alimentación y actividad física.....	36
2.3.2 Descanso	37
2.3.3 Consumo de drogas y sustancias	39
2.3.4 Comportamiento ante el estrés.....	40
2.3.4 Condiciones del entorno	41
2.4 Escalas para evaluar la calidad de vida	41
Capítulo 3 Jornada laboral y tiempo de traslado	45
3.1¿Qué es el trabajo?	45
3.2 Jornada Laboral en México	48
3.3 Calidad de vida en el trabajo.....	51
3.4 Medios de transporte en México.....	56
3.5 Tiempo de traslado en la zona metropolitana.....	59
3.6 Estudios e investigaciones relacionadas con Calidad de Vida, jornada laboral y traslado al trabajo	66
3.6.1 Investigaciones relacionadas con la calidad de vida.....	67
3.6.1.1 Índice de Calidad de vida de México.....	67
3.6.1.2 Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018. Factores de riesgo psicosocial en el trabajo, identificación, análisis y prevención	68
3.6.1.3 Propuesta de modificación al artículo 76 de la Ley Federal del Trabajo	70
3.6.1.4 Derechos laborales: una mirada al derecho a la calidad de vida en el trabajo	72
3.6.1.1 Espacios verdes públicos y calidad de vida	75
3.6.2 Investigaciones relacionadas con jornada laboral	76

3.6.2.1 Justificaciones médicas de la jornada laboral máxima de ocho horas	76
3.6.2.2 Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo	80
3.6.3 Estudios relacionados con tiempo de traslado en la zona metropolitana	81
3.6.3.1 Área metropolitana de la ciudad de México, Prácticas de desplazamiento y horarios laborales.....	81
3.6.3.2 Encuesta origen-destino 2017	83
3.6.3.3 Reforma al Artículo 311 de la Ley Federal del Trabajo en materia al Teletrabajo	87
4. Método	89
4.1 Planteamiento del problema y justificación	89
4.2 Objetivo general.....	91
4.3 Objetivos específicos.....	92
4.4 Hipótesis.....	92
4.5 Definición conceptual de variables	93
4.6 Definición operacional de variables.....	93
4.7 Muestra y muestreo.....	93
4.8 Instrumento de aplicación	94
4.9 Diseño y tipo de estudio	97
4.10 Procedimiento y análisis estadístico	98
5. Resultados.....	100
5.1 Características de la muestra.....	100
5.2 Resultados del tiempo de jornada laboral, tiempo de traslado y percepción de calidad de vida..	111
5.2.1 Relación entre jornada laboral, tiempo de traslado y calidad de vida	115
5.2.2 Relación entre las variables de estudio y las características de la muestra	115
6. Discusión y conclusiones.....	119
7. Limitaciones y sugerencias.....	124
7.1 Limitaciones	124
7.2 Sugerencias	124
Referencias.....	126
Apéndice	132

Introducción

La salud siempre ha sido primordial para el ser humano, pues no sólo implica el bienestar físico, como se pensaba con anterioridad, sino que también contempla el bienestar psicológico y social de una persona. Por lo tanto, se encuentra estrechamente vinculada con la calidad de vida, pues en ésta se incluyen todas las esferas en donde se desarrolla el ser humano; personal, familiar, laboral y principalmente depende de la percepción que cada persona tenga de sí mismo y de sus áreas de interés.

Sin embargo, el trabajo resulta ser un área casi obligatoria en la vida de una persona siendo la fuente de ingresos para obtener lo necesario para vivir. Específicamente para los mexicanos que dedican gran parte de su día en el trabajo, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y Desarrollo pues aparece en primer lugar en la lista de países con largas jornadas laborales, con 2 124 horas al año, seguido por Corea con 1 908 horas, Chile con 1 825 horas, en comparación, los países que trabajan menor tiempo se encuentra Alemania con 1 332 horas, Dinamarca con 1 346 horas y Noruega con 1 369 horas laboradas al año (OCDE, 2021).

A su vez la Ciudad de México siendo la capital del país y en donde se concentra la gran mayoría de empleos, se ha convertido en una de las ciudades con mayores aglomeraciones del mundo, y con ello, problemas de congestionamiento vial, sin dejar de mencionar los medios de transporte deficientes y con casi nulo mantenimiento. Entre semana se realizan 34.56 millones de viajes en la zona metropolitana, de los cuales el 58.1% invierte entre 31 minutos y hasta dos horas para llegar al trabajo, y en promedio se necesitan al menos 57 minutos para trasladarse (INEGI, 2017).

Con la preocupación de las largas jornadas que se dedican al trabajo, más el tiempo que se invierte en el traslado y que deja de lado las otras esferas que conlleva la calidad de vida como es el ámbito familiar, social, de recreación o simplemente de descanso, es que surgió la

interrogante sobre si las largas jornadas y el tiempo invertido en el traslado pudieran estar influyendo en la percepción de calidad de vida de los empleados del área metropolitana de la Ciudad de México.

En el primer capítulo se inicia con el concepto de salud y los dos modelos principales que la describen, en el segundo capítulo se aborda el concepto de calidad de vida, de las esferas que la conforman y claro de aquellos estilos de vida que pueden fomentarla o afectarla. Por último, se presentan algunas de las escalas para evaluarla.

Para dar contexto a las dos variables restantes, jornada laboral y tiempo de traslado, en el tercer capítulo se describe el concepto de trabajo, lo que en México se establece como jornada laboral y por supuesto se aborda específicamente la calidad de vida en el trabajo. Posteriormente se da una breve reseña de los medios de transporte de la Ciudad de México y así abordar el tiempo de traslado que la mayoría de los habitantes invierte para llegar a sus lugares de trabajo. Para concluir se agregan estudios e investigaciones relacionadas con la calidad de vida, jornada laboral y tiempo de traslado, algunos de estos estudios han sido grandes logros pues se trata de reformas o normas que ya se establecieron a nivel nacional, y otras que se muestran como propuestas.

En la siguiente sección se describe el método utilizado para esta investigación, los objetivos, las variables, el instrumento y el procedimiento realizado.

En el quinto apartado se presentan los resultados obtenidos de la investigación.

Y finalmente en la última sección se muestra la discusión y conclusiones del presente trabajo. Además de las limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones.

Capítulo 1. Salud

1.1. Concepto de salud

La palabra salud es conocida y utilizada por la mayoría de la gente, sin embargo, a lo largo de la historia tuvo distintos enfoques y significados, por eso se iniciará con un breve repaso de algunos de los enfoques que se le dieron, partiendo con el origen etimológico.

De acuerdo con Pardo (1997, pp. 4-9) el origen de la palabra Salud proviene del latín *salus* y *salvatio* que en conjunto significan “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”. Es decir, salud es el estado corporal que nos permite seguir viviendo.

Por otra parte, Perea (2011, p. 6) menciona que el vocablo salud proviene de *salus* y *salutis* que significan “estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. Con esto podemos inferir que Pardo al mencionar “superar un obstáculo” podría estar tomando en cuenta diversos factores que el ser humano tendría que poseer para enfrentarlo, mientras que para Perea lo esencial es sólo la parte orgánica, es decir un enfoque médico u orgánico.

Ahora bien, en inglés el origen de la palabra salud: health, que tiene raíz en la palabra inglesa wholeness que significa totalidad, y de los términos holy, que es sagrado, y healthy, que significa saludable (Morrison y Bennet, 2008).

Las ideas y cambios sobre el concepto de salud son resultado de diversos acontecimientos y momentos históricos (las épocas de epidemias, por ejemplo), así como de las culturas, el sistema social y los conocimientos que se fueron adquiriendo en el tiempo (Perea, 2011).

Las evidencias más antiguas de creencias mágicas relacionadas con la salud fueron restos humanos pertenecientes a la edad de piedra: cráneos que tenían pequeños agujeros que según se cree, realizaban cuando la persona moría con el fin de que los “espíritus malignos” salieran del cuerpo, lo cual da a entender que desde hace millones de años ya se

pensaba que la enfermedad era producto de fuerzas o energías sobrenaturales (Morrison y Bennett, 2008).

Fueron las civilizaciones egipcias y mesopotámicas las que realizaron avances en la concepción que hasta ese momento se tenía sobre la salud, cambiando el sentido mágico religioso por el desarrollo de la higiene personal y pública (Perea, 2011).

Morrison y Bennett (2008) mencionan que, en la Grecia antigua, 400 años antes de Cristo, Hipócrates siendo el principal representante de la medicina de aquella época planteaba que la mente y el cuerpo formaban un todo, pero dejando fuera la creencia que la enfermedad era causa de factores mágicos. Sino que la enfermedad era debido a un desequilibrio de los fluidos circulatorios del cuerpo, a los que denomino humores, y con ello formuló su teoría humoral.

Estos cuatro humores están relacionados con las estaciones del año; bilis amarilla relacionado al verano (y que se refiere al calor-resequedad), flema relacionada al invierno (frio-humedad), sangre a la primavera (humedad-calor) y bilis negra al otoño (frio-sequedad). Además, Hipócrates planteaba que los humores dependían de la personalidad, asociando un exceso de bilis amarilla con un temperamento colérico o de enfado, la bilis negra relacionada con la tristeza, el exceso de sangre la asociaba con una personalidad alegre y optimista, y finalmente el exceso de flema con una personalidad tranquila (Morrison y Bennett, 2008).

La teoría humoral establecía que la salud era resultado del equilibrio entre estos cuatro humores, ocasionando que la persona viviera en armonía consigo mismo y con su exterior. La enfermedad se presentaba cuando surgía un desequilibrio entre los cuatro humores, por lo tanto, no existía un buen funcionamiento corporal (Morrison y Bennett, 2008).

Es de gran importancia resaltar que Hipócrates sugería que una alimentación sana contribuía al equilibrio. Lo que demuestra que desde esa época surgió una relación entre nutrición y salud. (Helman, 1978, en Morrison y Bennett, 2008).

En China coincidían con la idea que tenían en Grecia respecto a que la mente y el cuerpo se encuentran unidos, para ambos la enfermedad aparecía cuando surgía un desbalance, ya sea que se diera una situación emocional o en la alimentación; para ellos las emociones y conductas de la persona influían en el estado físico (Pachuta, 1989, en Amigo *et al.*, 2009).

Ahora bien, durante el imperio romano, aproximadamente del siglo VIII antes de nuestra era, al siglo IV después de nuestra era, mostraron prioridad en la mejora del medio ambiente y el cuidado del cuerpo, para ello aplicaron sus conocimientos sobre planificación y orden de las ciudades y territorios, esto para contribuir a la mejora de la salud pública construyendo grandes acueductos para la dotación de agua, así como también para la fluencia de sustancias de desecho. Prueba de ello fue la Cloaca Máxima (Perea, 2011).

Aproximadamente 129-199 después de nuestra era, un influyente médico en Grecia, Galeno, planteo que la enfermedad tenía causas físicas. Además, pensaba que los cuatro humores no sólo proporcionaban cierto tipo de personalidad, sino que dichas características de comportamiento podían ser los causantes de ciertas enfermedades (Morrison y Bennett, 2008). Coincidiendo con lo que actualmente se conoce respecto a que ciertos comportamientos o hábitos resultan ser perjudiciales, por lo que se puede observar desde el pensamiento antiguo la importancia de los estilos de vida para la salud.

Galeno ejemplificaba su teoría con las mujeres melancólicas, ya que establecía que tenían más probabilidad de padecer cáncer de mama, lo cual explicaba tanto los síntomas físicos como psicológicos; un exceso de bilis negra provocaba melancolía y a su vez la melancolía provocaba altos niveles de bilis negra. Aceptaba la relación entre mente y cuerpo, pero siempre con la antelación de que hubiese una causa física, es decir, que la mente tuviera consecuencias en la etiología de la enfermedad (Morrison y Bennett, 2008).

Durante la Edad Media (siglo V-XV) surgió un enfoque espiritual de la enfermedad y no

era para menos ya que las prácticas médicas se encontraban a cargo de la iglesia católica lo que ocasiono que la enfermedad fuera considerada como resultado de no cumplir o no respetar alguna ley divina. La causa de presentar un buen estado de salud era resultado de la fe y el arrepentimiento (Amigo et al., 2009). Durante esa misma época se presentaron grandes epidemias, por lo cual se fijó la atención en medidas de prevención, sin mostrar interés en la etiología de la enfermedad (Perea, 2011).

Durante el Renacimiento, es decir entre el siglo XV y XVI, se dio gran importancia e interés al estudio de las ciencias, es por esto que salud y enfermedad se comienza a ver como un todo; esto es, de forma holística en donde no está separado lo psicológico de lo físico. Como lo menciona Gil Roales-Nieto (1996): “Esta visión holística del fenómeno salud y enfermedad empieza a tomar influencia el pensamiento médico como un residuo ancestral notablemente desnaturalizado” consolidando así, el modelo biomédico (en Amigo et al., 2009, p. 22).

Durante el surgimiento de la Revolución científica a principios del siglo XVII, Rene Descartes, uno de los principales representantes de la época, propone la idea dualista de que la mente y cuerpo son entidades separadas. De acuerdo con lo que él planteaba podemos decir que el cuerpo es como una máquina, se podía analizar sus partes y funciones mecánicas, por lo tanto, la enfermedad sería causada por el fallo de alguna de sus partes, y, por ende, el objetivo del médico sería diagnosticar y reparar dicha pieza (Amigo et al., 2009).

Se puede observar como el concepto salud fue cambiando conforme se obtenía nueva información sobre que causaba las enfermedades, pero también conforme se interpretaba esa información de acuerdo con las ideas que se tenían a la mano para darles explicación.

Por lo tanto, al considerar al cuerpo como una entidad a parte y digna de estudiar para dar explicaciones científicas, sólo los médicos eran los encargados de salvaguardarlo (Morrison y Bennet, 2008). Cassel (1982, en Oblitas, 2017), también menciona que este enfoque dualista

fue aceptado rápidamente por la iglesia católica ayudándola a mantener el dominio espiritual de la población, dejando sólo en manos de la ciencia el dominio de lo físico.

Fue hasta los siglos XVIII al XIX que la iglesia comenzó a aceptar los estudios de disección y autopsias, permitiendo el surgimiento del estudio anatómico y de la patología celular, generando la idea de que la enfermedad se encontraba en las células, por lo que quedó descartada por completo la teoría de los humores (Morrison y Bennett, 2008).

Dentro del periodo científico, del último tercio del siglo XVIII hasta comienzos del siglo XX surgió en Alemania la primera Escuela de Higiene Ambiental y Experimental. En el siglo XIX hubo avances de bacteriología y a mediados del siglo XX el descubrimiento de la penicilina, la comercialización de antibióticos, creación de Centros de Seguridad Social y campañas de vacunación que abrieron la puerta a una nueva visión sobre las enfermedades (Perea, 2011).

Posterior a esta etapa se descubrió la naturaleza multifactorial de la enfermedad, ya que no solo las condiciones sanitarias y carencias nutricionales afectaban la aparición o gravedad de padecimientos, sino que también intervenían factores psicosociales, lo cual causo el gran cambio conceptual, de un concepto de salud de manera negativa a una consideración positiva (Perea, 2011).

El dilema de la dualidad mente cuerpo tiene grandes implicaciones en el tema de la salud y la enfermedad. Mientras que para algunas culturas mente y cuerpo son consideradas indivisibles para otras son vistas de forma separada (Amigo, *et al.*, 2009).

Es por esto qué comienza la interrogante sobre si la personalidad se encontraba asociada con ciertos patrones de respuestas fisiológicas, es decir, que tanto podría estar influenciada la enfermedad y la salud de cada persona de acuerdo con sus diversas predisposiciones individuales, en concreto, a su personalidad (Oblitas, 2017).

Hasta este momento de la historia del concepto salud se aprecian dos dilemas: por un lado, se encuentran las ideas emocionales y por el otro las ideas físicas, por lo que

posteriormente se comenzaron a construir, de forma más concreta, modelos: el biomédico y el biopsicosocial.

1.1.1 Modelo biomédico

La idea principal de este modelo planteaba al cuerpo como una máquina, los cuales funcionaban mediante principios biomecánicos. Motivo por el cual la ciencia se fue encaminando a la idea del reduccionismo. Dentro de esta idea surgió la teoría de la etiología específica del germen, la cual planteaba que la enfermedad era ocasionada por un microorganismo (Oblitas, 2009).

Si bien desde en este modelo las anormalidades bioquímicas fueron la base para detectar diversas enfermedades, en la actualidad se reconoce que esto no es suficiente para realizar un diagnóstico integral (Amigo *et al.*, 2009). No siempre, o no solamente, las enfermedades son causas bioquímicas, actualmente se reconoce que las causas pueden ir desde lo químico, fisiológico, psicológico, hasta llegar a los factores sociales.

Bakal (1996, en Oblitas 2017) menciona que la psiquiatría biológica es otro ejemplo del reduccionismo, ya que afirma que las alteraciones emocionales corresponden a alteraciones de neurotransmisores, enfocando el tratamiento desde una perspectiva bioquímica, dejando fuera las interacciones con los demás, que la enfermedad se desarrolla en función del comportamiento e interacciones sociales. Todos los factores sociales son descartados aun siendo posible que formen parte importante del diagnóstico y por ello sean igualmente necesario considerarlos.

Posteriormente se acepta que el diagnóstico físico depende en gran medida de la información que da el paciente, lo que resalta la importancia de las habilidades del médico en la entrevista terapéutica y su capacidad para tomar en cuenta los determinantes psicológicos, sociales y culturales que podrían estar interviniendo en el estado del paciente (Amigo *et al.*,

2009).

Dentro de las críticas a este modelo biomédico se mencionan los factores psicológicos y sociales, ya que estos son indispensables para definir cuando una persona se encuentra enferma, siendo fundamental para estimular la búsqueda o no de ayuda profesional (Oblitas, 2017).

Otra crítica importante a este modelo habla de la relación médico-paciente, si bien se resalta la importancia en el uso de medicamentos y tecnologías, también se recalca la importancia de la buena relación y comunicación que el médico establezca con sus pacientes, ya que de esta relación también depende la cooperación del paciente para seguir el tratamiento (Amigo *et al.*, 2009).

Conociendo las limitaciones que presentaba el modelo biomédico es como diversos autores comenzaron a plantear otro tipo de conceptualizaciones que permitieran comprender y tomar en cuenta los diversos factores que ocasionaban la enfermedad y así poder controlarla con mayor eficacia. Siendo el principal objetivo superar la formulación dualista mente-cuerpo (Amigo *et al.*, 2009).

1.1.2 Modelo biopsicosocial

A mediados del siglo XIX Claude Bernard aporta la teoría del medio interior del cuerpo, la cual establecía la idea de que el cuerpo siempre tiende a mantener el equilibrio, resaltando la importancia de los factores psicológicos dentro de las alteraciones físicas (Oblitas, 2017).

Por lo tanto, la salud no es algo que se obtiene de la nada, sino que se llega a ella cuando la persona ha cubierto sus necesidades en estas tres áreas: biológicas, psicológicas y sociales. Para explicar esto adoptaron la teoría de sistemas, en donde se encuentran un conjunto de procesos: la salud, enfermedad y atención médica, los cuales interactúan en la persona (Vallejo, 1996, en Amigo *et al.*, 2009)

En la segunda mitad del siglo XX, Freud resalta la importancia de la mente en la enfermedad. Planteando en su teoría que las emociones que no se expresan en palabras o acciones se transforman en alteraciones físicas (Freud, 2011).

Por ello el modelo biopsicosocial considera los múltiples factores: el biológico, psicológico y el social al evaluar tanto la salud como la enfermedad. Siendo el mejor diagnóstico el que se realiza de manera multidisciplinar, por lo tanto, el tratamiento también debe incluir las tres áreas (Amigo *et al*, 1998).

Con base en este enfoque nace la medicina psicosomática, la cual afirma que los factores psicológicos y sociales son importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, las cuales no tenían importancia en el enfoque biomédico tradicional (Oblitas, 2009).

Se retoma también lo que se mencionó con anterioridad acerca de la importancia de la comunicación que se establece entre el médico y el paciente, ya que una buena comunicación ayuda a que el tratamiento sea efectivo y al mismo tiempo disminuya el tiempo de recuperación.

Una vez descrito un breve panorama de la historia respecto a la salud y enfermedad, ahora se continuará específicamente con el concepto de salud.

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta magna, define a la salud como “completo estado de bienestar físico, psíquico y social”. Definición que recibió diversas críticas, por ejemplo, Terris proponía la eliminación de “completo”, sugiriendo no solo un estado de bienestar físico, mental y social, sino además con capacidad de funcionamiento (en Perea, 2011).

Un año después, 1947, la OMS propone un concepto universal: “un estado de total bienestar físico, mental y social no la mera ausencia de una enfermedad o dolencia”.

Planteando también que toda persona tiene derecho a vivir en un estado de bienestar, contar con dicha sensación de bienestar y buen funcionamiento físico. (en Morrison y Bennett, 2008, p.15).

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el significado de salud es: estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones (Real Academia Española, 2014).

A partir de la definición universal que la OMS propuso, existen autores que han ido modificando y adaptando el concepto. Por ejemplo, para Dubos (1975) “la salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio” (en Oblitas 2009, p.3).

En 1980 Matarazzo comienza a utilizar el concepto de salud en términos de conducta cuyo fin es la promoción de la salud, con el objetivo de fomentar la responsabilidad que cada persona tiene para conservar su salud y prevenir enfermedades, haciendo uso de los conocimientos y técnicas, tanto conductuales como médicas (en Perea, 2011).

Por su parte Perea en 1985 definió a la salud como “Conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno” (Perea, 2011 p.8).

En 1986 la Oficina Regional de Europa define a la salud como “la capacidad de realización personal y de responder positivamente a los retos del ambiente”. (San Martín 1988 en Perea 2011 p.8).

Por su parte, Illich (1986) menciona que la salud “es la capacidad de adaptación al entorno cambiante: capacidad de crecer, envejecer, curarse; la capacidad de sufrir y esperar la muerte en paz” (en Perea, 2011).

Lo interesante de la definición de Illich es el valor que le da a la capacidad de la persona, a la autonomía y autocuidado. Integrando el sufrimiento que puede causar la

enfermedad, que si bien no es grato para nadie es parte de la vida al igual que la muerte (Perea, 2011).

Siguiendo la misma idea, San Martín definen la salud como “el grado de interacción del hombre con su entorno” (1988, en Perea, 2011). Podemos observar cómo van cambiando el concepto de salud basado en un principio en lo individual y físico a integrar también el entorno.

Para Alvin Tarlov (1992) la salud es: “una capacidad individual o de grupo relativa al potencial para funcionar plenamente en el ambiente social y físico” (en Martínez, 2018, p.1). Esta definición resalta la importancia de la convivencia social.

Por su parte, Miguel Ángel Martínez menciona que: “salud equivale a poder desarrollar las actividades cotidianas, como el trabajo, relaciones familiares y sociales, alimentarse, etc.” (Martínez, 2018, p.1). Estar sano puede implicar sentir algunas molestias, siempre que no impida realizar estas actividades, Similar a lo menciona el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

Con las definiciones propuestas por San Martín, Illich, Tarlov y Martínez se observa que se integra la enfermedad como parte de la vida, ya que ninguna persona puede permanecer toda su vida con excelente salud, debido a que la enfermedad también es importante para el cuerpo ya sea para crear defensas al organismo, así como en el ámbito mental y social proporciona aprendizaje de las múltiples situaciones que la vida conlleva.

Retomando el concepto universal que la OMS mantiene hasta la fecha surgieron controversias sobre lo objetivo y subjetivo. Dentro del punto de vista subjetivo se relaciona con un sentido de bienestar, depende de la apreciación de la persona, del grado en que pueda desarrollar sus actividades. Es por ello por lo que se suele responder: “estoy bien, pero con un poco de gripe”, ya que enfermedades o lesiones leves no impiden llevar a cabo actividades cotidianas (Pardo, 1997; Oblitas, 2009).

Pardo, también agrega que la salud depende del modo de vida que lleve la persona,

motivo por el cual el médico debe estar enterado a la hora de dar el diagnóstico, y no limitarse a las pruebas bioquímicas.

Como lo menciona San Martín (1982, cit. en Oblitas, 2009, p. 3), “el bienestar biológico, mental y social se da gracias a situaciones ecológicas, económicas y sociales exactas que a través de la historia el hombre ha provocado”, y que son fundamentales en la salud de una población.

A partir del concepto propuesto por la OMS, se han propuesto diversos cambios, pero en todos se trata de resaltar y especificar la importancia de los aspectos psicológicos, sociales y hasta económicos, ya sea de una persona o bien de un grupo de personas que vive en un determinado lugar, sin embargo, es un concepto universal y sigue siendo vigente.

Como lo menciona Oblitas, “La Salud es un estado y al mismo tiempo un proceso dinámico cambiante. Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos” (Oblitas, 2017, p.3).

1.2 Psicología de la salud

La psicología surge a partir de la medicina y la filosofía, aunque hoy en día pareciera que son disciplinas completamente distintas, sin embargo, se ha ido dando una conexión específica de acuerdo con las diversas corrientes de estudio, considerando los diversos profesionales y las múltiples aplicaciones (Cantú y López, 2009).

La psicología fue ganando espacio y credibilidad como ciencia “independiente” a través de los trabajos de laboratorios realizados por James, Titchener, Binet, Freud y Watson. Por otra parte, también fueron de gran importancia los nuevos conocimientos desarrollados desde otras ciencias, como, por ejemplo, lo desarrollado por Pavlov desde la fisiología (Morales, 1999).

Fue así como la psicología creó modelos para abordar diversos conocimientos. El primer modelo fue la psicología clínica, la cual estuvo asociada al trabajo de instituciones para

enfermos mentales. Finalmente, en 1986 nace la psicología clínica cuando Lighthner Witmer estableció una clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania, en donde fueron aplicando algunos de los métodos de laboratorio recientemente desarrollados. Posteriormente los avances en psiquiatría hechos por diversas personalidades como Charcot y Janet en Francia, Freud en Austria y Meyer en Estados Unidos, realizaron contribuciones primordiales para la psicología clínica (Morales, 1999).

Otro modelo abordado fue el de la psicología médica, la cual comprende específicamente la aplicación del conocimiento psicológico a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los pacientes y al estudio e importancia de las relaciones de los médicos con sus pacientes (Morales, 1999).

Como continuación al modelo de psicología médica, nace la psicología conductual. A partir de la conferencia sobre la medicina comportamental, celebrada en 1977 y la reunión del Instituto de Medicina en la Academia Nacional de Ciencias en 1978, dieron origen al concepto de medicina comportamental:

Campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de la ciencia comportamental y biomédica relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (Schwartz y Weiss, 1977, en Cantú y López, 2009, pág. 48).

En la historia de la medicina conductual resaltan tres importantes etapas, la primera en el uso de técnicas de tratamiento para cambiar el comportamiento, las cuales fueron utilizadas principalmente para tratar las enfermedades mentales y que a su vez posteriormente pudieron aplicar a otro tipo de enfermedades, como, por ejemplo, la obesidad y la incapacidad para dejar de fumar. La segunda etapa se desarrolló en el campo de la biorretroalimentación, la cual ayudó a realizar cambios fisiológicos comprobables en funciones corporales (Morales,

1999).

La tercera etapa de la psicología conductual se enfocó en la atención hacia las principales fuentes de mortalidad de los adultos, en donde se dieron cuenta que el cambio de comportamiento podría desempeñar un rol importante en el tratamiento y prevención de diversas enfermedades (Morales, 1999).

Aún con los avances obtenidos desde la psicología conductual, seguían existiendo varias limitaciones, una de ellas fue el enfoque clínico-individual lo cual carecía de un análisis de la problemática de la salud y enfermedad desde una perspectiva ecológica y de la actividad humana en un ambiente social, es así como nuevos estudios con enfoque social iniciaron el modelo de la psicología comunitaria o como actualmente se conoce, psicología social (Morales, 1999).

Dentro de los antecedentes a la psicología comunitaria se encuentra la dinámica de grupos y organizativa, los procesos de toma de decisiones, siendo unos de los pioneros Kurt Lewin, partiendo de la idea que muchos problemas de las personas podían resolverse desde el ámbito comunitario, y cuando estos grupos se reúnen para enfrentar el problema y se resuelve eficazmente, produce un sentimiento de realización (Holtzman y cols., 1988, en Morales, 1999).

La psicología comunitaria se preocupa del bienestar de las distintas subcomunidades, en donde la comunidad es entendida como un subgrupo diferenciado que comparte ciertos aspectos de la sociedad de la que forma parte. Teniendo tres componentes: 1) Desarrollo de recursos humanos, 2) actividad o acción política, 3) método científico para obtener información y conocimiento (Sánchez, 1991).

En la década de los sesenta en Estados Unidos, la psicología aplicada se orientó en

los problemas planteados por el interés en la prevención y promoción de la salud, pero es importante resaltar que en sus inicios el interés estaba inclinado a la prevención de enfermedades mentales, por lo que fue conocido como Movimiento por la Salud mental comunitaria (Morales, 1999).

Para Alipio Sánchez (1991), la psicología comunitaria es el campo de estudio de la relación de los sistemas sociales, teniendo como objetivo la prevención de problemas psicológicos, sociales y el desarrollo positivo de las personas, partiendo de la generación de alternativas y el desarrollo de los sistemas sociales en que se encuentran las personas. Teniendo como interés principal el cambio social y el desarrollo humano.

Es así como la psicología comunitaria se preocupa por el bienestar grupal, en donde sus integrantes pueden ser los protagonistas del cambio, ya sea a nivel de variables de salud, o bien, de sus normas por las que se guían, integrando también la prevención como herramienta de cambio (Cantú y López, 2009).

Al ir evolucionando el conocimiento y al tener diversas disciplinas de salud involucradas es que se empieza a encaminar al modelo biopsicosocial, en donde aspectos biológicos, psicológicos y sociales afectan a la salud, descartando la postura individual y de enfermedad, sino entendida de manera grupal y de salud, y de lo que posteriormente surge bajo el término de psicología de la salud (Cantú y López, 2009).

Si se concibe al estilo de vida como el origen de la interacción entre ambiente y genética, se entiende que la posibilidad de intervención se enfoca directamente al ambiente, al menos hasta el momento (Martínez, 2018).

Para ello es importante mencionar que a pesar de los avances tecnológicos en medicina y farmacoterapia que ya existían en la década de los setenta, éstos no fueron suficientes, ya

que la salud depende no solo de lo que la persona tiene o no, sino que un punto importante es lo que la persona hace o deja de hacer, por lo que se deben de considerar los estilos de vida de la persona (Amigo et al., 2009). Es así como Amigo y Oblitas comparten la idea de que preservar la salud o adquirir alguna enfermedad depende en gran medida del comportamiento de la persona.

En 1978 la Asociación Psicológica Americana (APA) funda la división de la psicología de la salud. Constituida por distintas disciplinas de la psicología: experimental, social, clínica, fisiológica, desarrollo de estudios epidemiológicos, entre otros (Stone, Cohe y Adler, 1979, en Oblitas, 2017).

La psicología de la salud se define como “la suma de contribuciones profesionales, científicas y educativas propias de la psicología para la promoción, mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud” (Matarazzo, 1980 en Oblitas, 2017, p.12).

Por su parte, Brannon (2001), define a la psicología de la salud como la rama de la psicología cuyo objetivo principal es el análisis del comportamiento y estilos de vida que afectan la salud.

Matarazzo, (1980, en Oblitas, 2017) menciona las siguientes cuatro líneas de estudio de la psicología de la salud.

- La primera línea de estudio es la promoción y mantenimiento de la salud, el cual se centra en promover hábitos sanos.
- La segunda línea de estudio de la psicología de la salud se enfoca en la prevención y tratamiento de la enfermedad, para esto se fomenta modificar los hábitos insanos, y a las personas ya enfermas a adaptarse a su situación y/o aprender a seguir los tratamientos.

- La tercera línea de estudio de la psicología de la salud incluye la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. Dentro de la etiología se estudian las causas tanto conductuales como sociales de la salud y enfermedad. Como por ejemplo el consumir alcohol, tabaco, hacer ejercicio o bien el modo de enfrentarse a situaciones de estrés.
- Finalmente, la cuarta línea de estudio corresponde al sistema sanitario y la formulación de una política de salud. Cuyo objetivo es analizar el impacto de instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población, esto para proponer cambios o mejoras.

Una vez que profesionales de diversas ramas de estudio se unieron para conformar la psicología de la salud y abordar el tema de manera holística, es cuando enfocan la importancia en la educación y promoción de la salud.

Ya desde 1921 había surgido el primer programa de educación para la salud impartido en el Instituto de Massachusetts. Y un año después la primera Organización Profesional, The Public Health Education, Sección de la America Public Health Association. Pero fue hasta 1977 que se redacta un documento que regula las funciones que debe ejercer un educador de la salud (Rosen, 1958 en Perea, 2011)

Con esto se proponen diversos programas para fomentar la salud, teniendo como objetivo principal conservar la salud tanto individual como colectiva de la población Para esto se implantan acciones de servicio de salud y servicios sociales. Surgiendo un nuevo paradigma de lo que es salud ya que se considera la satisfacción alimentaria, de vivienda, cobertura social, agregando también la justicia social, paz, calidad de vida y equidad. Las cuales en 1986 la OMS las define como “procesos que favorecen el control del individuo y grupos sobre las variables que condicionan la salud” (Perea, 2011, p.11).

Como ya se abordó anteriormente, los diversos conceptos de salud resaltan lo fundamental que es la interacción del hombre con el medio, y que tanto la salud como la

enfermedad no solo provienen del factor genético, sino que tiene mayor relevancia los múltiples estímulos del ambiente, por consiguiente la salud existirá siempre y cuando la persona esté en armonía o equilibrio tanto físico, biológico, psicológico, social y cultural.

Louro (2003), menciona que la salud de cada población se determina por las condiciones sociales y económicas bajo las cuales estén regidas, lo cual refleja el ambiente social y familiar, claro que también las condiciones de los servicios de salud son fundamentales, pero también agrega que es importante el cuidado individual.

Si bien como ya se abordó anteriormente, fueron diversos los conceptos de salud, una idea en común es la formulación del concepto salud en términos positivos, es decir el objetivo dejó de ser solo combatir la enfermedad, sino que comenzaron a impulsar las conductas que mantenían la salud (Perea, 2011).

Capítulo 2. Calidad de Vida

2.1 Surgimiento de la Calidad de Vida

El paradigma actual indica que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, primordialmente de los hábitos de vida, ya que se acepta que los aspectos psicosociales afectan los sistemas corporales, y por ende alteran la salud de la persona. Por consecuente existen cambios radicales en el concepto de salud y enfermedad, y es que se comienza a relacionar con el concepto de calidad de vida (Oblitas, 2009).

Como se abordó anteriormente, al paso del tiempo el concepto de salud fue retomando otros aspectos del ser humano, no sólo lo físico. Ya desde la antigüedad podemos encontrar antecedentes de un enfoque social de la salud. Hipócrates, por ejemplo, cuatrocientos años antes de cristo y Galeno en el siglo II, planteaban la influencia de las condiciones de vida y del trabajo sobre la salud de la población (Louro, 2003).

Autores como J. P. Frank en 1779, J. Guerin en 1848 y Grotjam en 1912, mencionaron la importancia del condicionamiento de la salud debido a diversas situaciones sociales, por ejemplo, las relaciones entre la morbilidad de las poblaciones y las condiciones materiales de vida en las comunidades. (en Louro, 2003).

Representantes del movimiento de la medicina social y la epidemiología crítica ofrecieron argumentos que hoy día tienen vigencia. Planteando la visión integral del problema del conocimiento de los principales factores y determinantes de la salud, por motivo de las condiciones de vida, trabajo de la población, de las diferencias culturales y de género (Louro, 2003).

Existe un principio psicofisiológico que Green y Green expresa:

Cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental-emocional consciente o inconsciente, e inversamente, cada cambio en el estado mental-emocional consciente o inconsciente es acompañado

por un cambio apropiado en el estado fisiológico. (Green y Green 1979, en Oblitas, 2009, pág.3)

Y bien, ¿a qué se refiere la gente cuando habla de calidad de vida? Calidad hace referencia a excelencia, y vida indica que concierne a aspectos esenciales de la existencia humana, es por esto por lo que calidad de vida se asocia con hechos positivos como felicidad, éxito, riqueza, salud o satisfacción (Schalock y Verdugo, 2003).

La calidad de vida es un término escuchado en la actualidad con regularidad, frecuentemente es utilizado en temas de diversas áreas como económico, político, médico, sociológico, psicológico, entre varios más. Es un término complejo, ya que cada área enfatiza en su ramo. Por ejemplo, la economía lo visualiza dentro del entorno del producto nacional bruto, la medicina se centra en los síntomas, y la psicología en las necesidades humanas y la satisfacción (Hernández y Grau, 2005).

Diversos autores coinciden en que el término de calidad de vida aparece en la década de 1960, teniendo mayor expansión en la década de 1980. Desde sus inicios se relacionó con palabras como bienestar, salud y felicidad. Surgiendo del debate entre el bienestar material (objetivo), y el subjetivo (Hernández y Grau, 2005).

Por su parte Perea (2011), menciona que el concepto de calidad de vida nace desde las ciencias sociales, en particular del área económica, por la necesidad de evaluar objetivamente las consecuencias de la industrialización. Es por esto por lo que en un principio el término se relacionó meramente con condiciones de carácter económico y social como puede ser el ingreso económico, servicios de vivienda, servicios de salud, etc.

Autores como Ferrerl y colaboradores, 1989, y Grau, 1997, indican que los primeros conceptos de calidad de vida se relacionaron con estudios de filosofía y ética, incluso afirman que el término se utilizó para argumentar temas como el significado de la vida, y del sufrimiento (en Hernández y Grau, 2005).

Confirmando esta misma idea se menciona que en antiguas civilizaciones, el concepto

de calidad de vida se preocupaba principalmente por la salud personal, lo cual da sentido a la estrecha relación que existe entre el concepto y el área médica. Posteriormente también mostraron importancia por los derechos humanos, laborales y ciudadanos, a lo que fueron agregando al concepto el acceso a bienes económicos, finalizando en la preocupación de la vida social de la persona, de sus comportamientos cotidianos y de su salud (Hernández y Grau, 2005).

Ahora, bien, podemos plantear que la calidad de vida surge posterior a que se han satisfecho las necesidades básicas de alimento, vivienda, trabajo y salud, de la mayoría de los miembros de una comunidad, en un contexto determinado (Ardila, 2003).

Campbell (1981), explica que el concepto de calidad de vida comienza a utilizarse en Estados Unidos después de la segunda guerra mundial, con el objetivo de conocer la percepción que tenían en ese momento sobre el sentir de la vida, sí percibían que era buena y económicamente se sentían seguros (en Urzua, 2008).

En 1960 científicos del área social dirigen investigaciones de calidad de vida recolectando datos objetivos sobre lo socioeconómico, la educación y la vivienda. Con dichas investigaciones explicaron sólo una parte de la calidad de vida de una persona, y fue entonces que psicólogos comenzaron a plantear que también factores subjetivos como felicidad y satisfacción aportarían una mayor información sobre la calidad de vida, motivo por el cual el término se encuentra relacionado con palabras positivas (Urzua. 2008 y Perea, 2011).

Fue en los años 1990 que el concepto de calidad de vida tuvo un gran auge, sumando otras áreas al concepto sin limitarse a lo económico. En la actualidad el concepto de calidad de vida:

tiene un enfoque multidimensional, comprenden todas las áreas de la vida, tanto subjetivas como objetivas, toma en cuenta la salud física, el estado psicológico, las relaciones interpersonales, la autonomía, las creencias, los valores y las características propias del

contexto económico en que se desarrolla una persona (Perea, 2011, p.14).

Si bien son numerosas las definiciones que se han formulado sobre la Calidad de vida, la mayoría de ellas coinciden en que se incluye una parte objetiva y otra subjetiva sobre las condiciones de vida y la satisfacción de cada persona, y estas a su vez dependen de sus necesidades y escalas de valores (Perea, 2011).

La importancia que se da a la percepción de cada persona es porque cada población tiene parámetros culturales distintos. Esto fue demostrado por un estudio transcultural de la Organización Mundial de la Salud en 1995. En donde se mostró que la autonomía personal tiene distinto valor cultural en cada grupo (en Perea, 2011).

Para Cummis (1998, en Perea, 2011), la calidad de vida incluye factores como: el bienestar material, salud, productividad, intimidad, comunidad y bienestar emocional. La parte objetiva se mide a base de métricas comprobables, mientras que la parte subjetiva depende de la importancia y valor que atribuya la persona a lo que para ella es el bienestar.

El bienestar suele ser uno de los principales componentes subjetivos de la calidad de vida, autores como Griffin (1986 en Hernández y Grau, 2005) definen el bienestar como todo aquello con lo que el ser humano consigue satisfacer sus necesidades básicas.

Y siendo que el bienestar tiene como componente principal la satisfacción y la felicidad; es que surgen los problemas del concepto bienestar. Para diferenciar la satisfacción de la felicidad, se determina que la satisfacción hace referencia al estado cognitivo, mientras que la felicidad correspondería al componente afectivo (Hernández y Grau, 2005).

Es de este modo que la calidad de vida ha sido interpretada como un sentido interno que da una persona a su vida, es así que el concepto es utilizado para sensibilizar y así dar referencia de la perspectiva de la persona. En segundo lugar, como un constructo social que permite evaluar áreas centrales de la vida. Y en tercer lugar unificar una estructura sistemática para así aplicar políticas y prácticas ordenadas y constantes (Schalock y Verdugo, 2003).

La importancia de entender la naturaleza de lo que es calidad de vida es que frente a una sola definición semántica no se podrían integrar los diversos aspectos o factores que intervienen, si el entorno de una persona es menos importante para generar la sensación de bienestar, o bien, si es de mayor relevancia los aspectos de personalidad de un individuo (Schalock y Verdugo, 2003).

Dentro de lo objetivo se encuentran las condiciones materiales de vida, pero aquí el dilema es del evaluador, si es un externo o si es la propia persona quien lo determina. Y dichas condiciones objetivas se reflejan por medio de las aspiraciones de las expectativas, de las necesidades y valores de la persona y es entonces en donde se convierte en bienestar subjetivo (Hernández y Grau, 2005).

Por otra parte, indicadores socioeconómicos no determinan el sufrimiento o la felicidad, aunque supondrían que generan satisfacción, bienestar y felicidad pueden no ser suficientes para que la persona considere calidad en su vida. Pues la fortuna financiera y consumismo de bienes no significa tener calidad de vida, motivo por el cual el concepto se forma a partir de múltiples factores (Hernández y Grau, 2005).

A manera de reflexión, cuando nos hacemos la pregunta sobre cuál es la prosperidad de cierta región del país o bien del mundo y sobre la calidad de vida de sus habitantes, sigue surgiendo el problema para poder determinarla (Nussbaum y Sen, 1988).

Si bien, varios autores coinciden en que el concepto de calidad de vida conlleva componentes objetivos y subjetivos, y sobre todo este último componente ha representado el principal tema de discusión, sin embargo, dentro de lo objetivo también surgen grandes dudas, ya que si se toma en consideración cuánto dinero se tiene disponible para determinada población, esto no representa la información relevante, puesto que la raíz del problema suele ser la distribución de ese dinero. Así como cuando se evalúa o se pregunta el nivel de ingresos, ya que puede que la persona tenga ingresos suficientes, pero aun así perciba que no cubre sus necesidades o viceversa, puede haber personas que apenas cubren sus necesidades básicas,

pero percibir que están satisfechas en otras áreas como en lo psicológico, emocional, entre otras (Nussbaum y Sen, 1988).

2.2 Concepto de calidad de vida

Tomando en cuenta una propuesta de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1980, la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros (Levi y Anderson, 1980, en Hernández y Grau, 2005).

Asimismo, para Schumaker y Neughton, (1996, en Perea, 2011), la calidad de vida es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para la persona.

Para Allardt (1996, en D'Alvia, 2005) la calidad de vida depende de la satisfacción de necesidades básicas, las cuales para él son tres; tener, amar y ser. Tener se enfoca a condiciones materiales, incluye la alimentación, aprovechamiento de recursos naturales, protección del medio ambiente y la salud. Amar se refiere a las relaciones sociales, a ser parte de una comunidad, además de las relaciones afectivas significativas como amigos y pareja. Y finalmente el ser, se refiere a la integración que se tiene en la sociedad y de vivir en armonía con la naturaleza. Esta definición es un tanto filosófica, sin embargo, abarca la situación personal como social.

Schwartzmann define calidad de vida como: “noción humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene una persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social, además del sentido que le da a su vida” (Schwartzmann, 2003, en Perea 2011, p.35).

Para otros autores como Brengelmann (1986, en Hernández y Grau, 2005), la calidad de vida es el disfrute de libertad, tener iniciativa, fomentar las relaciones sociales, presentar escasas molestias físicas o psicológicas, ingerir poco medicamento; incluso comenta que es importante el tener una buena profesión, buen empleo, y encontrar sentido a la vida, independientemente de poseer idealmente cosas materiales.

Hay varios puntos controversiales en la definición de Brengelmann, por ejemplo, ingerir poco medicamento, ¿acaso las personas con alguna enfermedad crónica que consumen diversos medicamentos no podrían tener calidad de vida? Por otro lado, ¿Qué es una buena profesión? esto difiere del gusto de cada persona y de la situación económica.

La definición más aceptada de calidad de vida es la descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es:

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 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. en Perea, 2011, p.15).

Los factores psicológicos que direccionan el grado de satisfacción o bienestar son importantes para evaluar la calidad de vida, debido a que desde el campo de la psicología la calidad de vida es un concepto basado en la respuesta individual y social ante determinadas situaciones de la vida (Hernández y Grau, 2005).

Por su parte, Ardila, propone una definición integradora sobre la calidad de vida: “el estado de satisfacción general, producido gracias a las potencialidades de la persona” (Ardila 2003, pp.161-164). Cuenta con aspectos subjetivos y objetivos. Comprendiendo como aspectos subjetivos la sensación física, psicológica y social, como lo es la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal, y la salud objetiva. Dentro de los

aspectos objetivos se encuentra el bienestar material, y las relaciones armónicas con el ambiente físico y social, con la comunidad y la salud objetivamente percibida.

Por lo mencionado con anterioridad, podemos argumentar que la calidad de vida vista desde la psicología llega a ser altamente subjetiva, ya que es probable que una población no cuente con adecuados servicios y estén afectando significativamente su salud y calidad de vida, pero si las personas de dicha población lo consideran suficiente o lo compara con poblaciones en peor estado, su percepción será que tienen “buena calidad de vida”, aunque sus condiciones objetivas parezcan adversas.

Por lo tanto, el concepto de calidad de vida depende de la percepción de cada grupo social, de lo que para un grupo sea el bienestar, lo que ellos definan como bienes y servicios adecuados, sí existe buen ejercicio de sus derechos y respeto de sus valores, por lo cual depende mucho de lo que percibe cada persona en el lugar del mundo en el que se encuentre. (Palacios y Castro en Perea, 2011).

Las diferentes definiciones de calidad de vida incluyen diversos aspectos, a continuación, se mencionan algunas de las dimensiones o indicadores básicos incluidas en el concepto y que se han utilizado para evaluarla.

Perea (2011), menciona tres dimensiones las cuales se describen a continuación.

- Dimensión física, el cual corresponde al estado físico o de salud, dimensión que es de suma importancia, como se mencionó en el capítulo anterior para que una persona realice de manera óptima sus diversas actividades es importante que goce de buena salud.
- Dimensión psicológica, incluye aspectos afectivos y emocionales, así como las creencias personales, espirituales, religiosas, significado de la vida y la percepción o actitud ante las situaciones adversas.
- Dimensión social, que incluye las relaciones sociales; familiares, laborales y personales.

Dentro de las dimensiones mencionadas en el concepto de calidad de vida se encuentra

lo objetivo y subjetivo. Dentro de lo objetivo se engloban indicadores que reflejen las condiciones en que vive la persona. Mientras que dentro de lo subjetivo se refiere a la percepción que tiene la persona sobre el grado en que cumple sus deseos, que tan satisfecho se siente y en qué grado cree que está cumpliendo sus necesidades.

Otra clasificación de las dimensiones de Calidad de Vida es propuesta por Naughton y Shumaker (2003, en Urzua, 2008), y se encuentran divididas en las siguientes tres dimensiones.

- La primera dimensión refiere a instrumentos genéricos, es decir multidimensional, utilizados para evaluar grandes rasgos de la población, evaluando dimensiones del área física, social y emocional.
- La segunda dimensión está dirigida a instrumentos enfocados a poblaciones específicas, por ejemplo, a grupos de cierta edad, pertenecientes a alguna etnia, en donde además de aspectos generales se incluyen reactivos específicos a las condiciones particulares de la población a estudiar.
- Y la tercera dimensión corresponde a la medición de dimensiones específicas, es decir que sólo evalúa una dimensión única o sólo un aspecto de la calidad de vida, por ejemplo, el dolor.

Conforme a lo mencionado en las diversas dimensiones de la calidad de vida, se observa que el estilo de vida o hábitos que lleve una persona determinan varios aspectos de su salud y en general de su vida, por lo que es importante hablar de ellos y sobre todo conocer el efecto que tiene sobre la calidad de vida de la persona y por lo tanto en general de la población. Es por lo que en el siguiente subtema abordaremos los estilos de vida.

2.3 Estilos de vida

Casi la mitad de las muertes anticipadas o tempranas que se presentan cada año en el mundo son ocasionadas a factores relacionados a conductas libres, es decir, a estilos de vida,

además del medio ambiente adverso, con aspectos perjudiciales socioculturales y de desigualdad social (Martínez, 2018).

Desde un enfoque sociológico, se considera que las variables sociales eran las que determinaban un estilo de vida. Pero de lo que difería el psicoanálisis era que además de las variables sociales, los estilos de vida se adaptaban según la personalidad del individuo (García, 2014).

Para Perea (2011), un estilo de vida es el conjunto de comportamientos que comparte cierto grupo social, en conjunto con las condiciones de vida y patrones culturales. Por lo tanto, el estilo de vida que lleve la persona o la población en general influye en la salud y longevidad.

Para Ardell (1979), el estilo de vida es el conjunto de conductas de las que la persona tiene control, incluyendo aquellas que pueden ser perjudiciales para la salud. Otra definición similar es la de Singer (1982 en Oblitas, 2009), en donde menciona que es la manera en que la persona se comporta día a día, sin limitar la definición a conductas saludables.

Para la OMS, el estilo de vida se define como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (OMS en García, 2014, p. 37). Además, la OMS también agregó la importancia de diferenciar entre estilo de vida y estilo de vida saludable, y abordar este último desde un enfoque social y no sólo médico.

De acuerdo con Menéndez (1998, en García, 2014) el concepto de estilo de vida se crea a partir de dimensiones materiales y simbólicas, teniendo como objetivo que refleje el comportamiento de una persona, pero que a su vez este comportamiento pueda representar el comportamiento de una población, observando así la globalidad de una cultura, que se encuentra determinada por estilos particulares.

Desde esta misma visión se proponen dos estilos de vida, que se abordarán a

continuación. El primero es el estilo de vida saludable, relacionado con conductas relacionadas con la salud, haciendo referencia a comportamientos de abstinencia al consumo de tabaco o alcohol, enfocándose a llevar una alimentación balanceada. El segundo es sólo estilo de vida o estilo de vida libre, incluyendo tanto conductas saludables como conductas no saludables tales como el consumo de alcohol y alimentación no balanceada (Oblitas, 2009; García, 2014).

Con el fin de prevenir enfermedades y aumentar la calidad de vida, la OMS centra sus objetivos en promocionar estilos de vida saludables de manera individual y colectiva. De donde surge un nuevo paradigma de salud pública, a través de los cambios en los estilos de vida de una persona. Sin embargo, vemos como esta propuesta fija la responsabilidad meramente en cada persona lo que puede llegar a ser poco funcional para aquellas que no comprendan o estén poco sensibilizadas de la importancia de las conductas saludables. (Oblitas, 2009).

Desde un enfoque biológico, se creía que las personas mantienen estilos de vida sanos o insanos por voluntad propia, responsabilizando a la persona de la enfermedad, quitando importancia al contexto social y a otros factores como la educación, influencia de los medios de comunicación, políticas o posición socioeconómica, quitando total responsabilidad a las instituciones. Lo rescatable de este enfoque es que gracias a ello se ha hecho consciente a la población de los riesgos que conllevan determinadas conductas (García, 2014).

Descartando la idea de responsabilizar únicamente a la persona sobre el estilo de vida que lleva, Oblitas (2009), menciona la propuesta del estilo de vida socializado, el cual comprende la forma en que una sociedad organiza el acceso a la información, cultura y educación. Desde esta perspectiva el estilo de vida es la responsabilidad compartida, individual y política. Asumiendo que el estilo de vida no solo se basa en la voluntad y responsabilidad de la persona, puesto que existen elementos que se salen del alcance personal como la pobreza o el desempleo, por lo que se agrega el cambio en las condiciones de vida.

2.3.1 Alimentación y actividad física

Comenzaremos por la alimentación y la actividad física. Ferry (2008, en Perea, 2011), afirma que la alimentación ayuda a combatir enfermedades. Hoy en día se sabe que frutas, verduras y cereales aportan nutrientes esenciales, y por el contrario una dieta que contiene altos niveles de harinas y grasas son pocos saludables por lo que se debe medir este consumo.

Comer balanceadamente ayuda a mantener un peso ideal y con esto evitar diversas enfermedades físicas como las cardiovasculares principalmente y claro también las mentales. Sin embargo, la gran mayoría de comida a la que se tiene mayor acceso tanto económico como por cercanía es poco saludable (tacos, tortas, frituras, refrescos, etc.) por lo que es contradictorio tratar de fomentar una alimentación balanceada cuando existen pocas opciones para alimentarse sanamente.

Sobre la actividad física y el ejercicio podemos mencionar que ya desde el siglo IV a. C. Hipócrates mencionó la importancia de ejercitar las partes del cuerpo, ya que decía que de esa manera se conservaban sanas, y ayudaban a envejecer lentamente, de lo contrario el cuerpo se volvía enfermizo y envejecía antes de tiempo (Perea, 2011).

Diversos autores (Devis, et al., 2000; Thune y Furber, 2001; Colbert, 2002; Vuory, 2004; en Perea, 2011) han realizado investigaciones que indican que la inactividad física favorece diversas enfermedades, como diabetes mellitus tipo II, osteoporosis, hipertensión, obesidad y algunos tipos de cáncer. También provocan o favorecen problemas psicológicos como ansiedad, estrés, trastornos de sueño, estados depresivos entre otros.

Por su parte, Mauro García (2014), también menciona que la actividad física desempeña un papel benéfico y preventivo en el desarrollo de enfermedades mentales como depresión, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar. También se conoce que la actividad física incluye mecanismos bioquímicos, como es el aumento de endorfinas, las cuales provocan estados emocionales positivos como el sentirse felices. Aunado a esto los beneficios sociales que provoca la actividad física es la distracción, la autosuficiencia y mejora de autoestima.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2010, en García, 2014), marca niveles recomendados de actividad física, para niños y jóvenes entre 5 y 17 años se sugiere mínimo 60 minutos diarios, ya sea moderada o vigorosa. Para adultos de 18 a 64 años pueden ser actividades recreativas o de ocio, incluidas las actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes, pero el tiempo debe acumular 150 minutos semanales de actividad moderada, o bien, 75 minutos de actividad vigorosa a la semana. Para el caso de las personas de 65 en adelante no se especifica un tiempo mínimo, pero se resalta el efecto benéfico, no solo a contra restar efectos de enfermedades mentales sino también del deterioro cognitivo.

A pesar de las recomendaciones para realizar frecuente actividad física la paradoja es que el ritmo de vida en la actualidad limita el tiempo para poder realizar ejercicio de manera constante. Pero, lo cierto es que es de gran importancia hacer ver a la población el papel tan importante que juega el tipo de alimentación y la actividad física en la salud y calidad de vida, ya que ambas van de la mano, por eso la insistencia de promocionar mejores hábitos de vida.

2.3.2 Descanso

El descanso y el sueño son factores de gran importancia, prueba de ello pasamos aproximadamente un tercio de vida durmiendo, gracias al sueño el cuerpo se repara día a día y obtiene la energía necesaria para seguir vivo. Favorece la capacidad de concentración y a dar respuestas optimas a las diversas actividades, lo que es crucial para tener una buena calidad de vida (Oblitas, 2009; Perea,2011).

La cantidad necesaria de sueño para cada persona es muy variada, ya que depende del organismo, del ambiente en el que se desenvuelve y del comportamiento de cada persona (Miró, *et al.*, 2005).

Además de que la cantidad de horas que debe dormir una persona va cambiando a lo largo de la vida. Ya en la edad adulta existen tres patrones de sueño; el patrón corto que

requieren menos de seis horas, patrón largo que comprende más de nueve horas y el patrón medio que consta de 7 a 8 horas diarias. Siendo este último el ideal para la mayoría de las personas ya que se ha demostrado que personas con patrón de sueño medio presentan menos riesgo de sufrir problemas de salud física y mental (Oblitas, 2009).

Elena Miró y Colaboradores, (2005), refieren patrones iguales a los mencionados por Oblitas (corto, medio y largo), sólo en el patrón corto existe una pequeña diferencia, tomando en cuenta a personas que requieren cinco o menos horas de sueño. Además de agregar un cuarto patrón, patrón variable, que se caracteriza por la inconsistencia en hábitos de sueño.

También se menciona la estrecha correlación entre los procesos de sueño y los estados de salud, dentro de los aspectos negativos como por ejemplo la pérdida crónica del sueño, se encuentra asociado de manera desfavorable con enfermedades físicas y psicológicas. Mientras que del lado positivo se dice que puede valorarse un buen estado de salud mental y físico mediante la habilidad de quedarse dormido y continuar con el ciclo de sueño durante un periodo ininterrumpido de tiempo (Miró et al., 2005).

Por lo tanto, los trastornos del sueño como el insomnio, la capacidad de dormir o quedarse dormido, hipersomnia, somnolencias, supersomnias, que son algunos de los trastornos que alteran la calidad y contenido del sueño, los cuales se encuentran relacionados con problemas, psicológicos, médicos y sociales, como poco manejo emocional, irritabilidad, cansancio, deterioro de la memoria y la atención, enfermedades cardiovasculares, etc. Lo que deteriora la salud y calidad de vida (Oblitas, 2009; Perea, 2011).

La somnolencia principalmente es uno de los trastornos que afecta la calidad de vida, se relaciona con una menor salud, problemas de visión, oído y déficit neurológico. Es por lo anterior que el buen dormir es un factor de suma importancia para la salud y calidad de vida. (Perea, 2011).

Para García (2014), la calidad de sueño no sólo depende el organismo, sino también del ambiente (ruido, contaminación, tipo de vivienda), y el comportamiento (trabajo, labores del

hogar, actividad con la familia). Siempre ha existido el debate de cuantas horas de sueño son necesarias e ideales, aunque también se propone la idea de que cada individuo debe satisfacer su cuota, por lo que varía de acuerdo con la persona y a sus actividades. Pero a pesar de esto se ha encontrado que la desviación de un patrón de sueño de 7-8 horas se ha asociado con consecuencias negativas para la salud.

Lo mencionado en el párrafo anterior también coincide con otra diferencia entre personas de ciclo de sueño-vigilia matutina y vespertina. Siendo las personas de ciclo matutino las que se despiertan y duermen temprano, y las vespertinas aquellas que suelen despertarse y acostarse tarde. Pero se observan mayores dificultades para los vespertinos acoplarse a las costumbres impuestas por la sociedad por lo que les cuesta más trabajo levantarse temprano, presentando con regularidad fatiga diurna (Miró et al., 2005).

Otros estudios en donde se correlaciona el sueño con la longevidad se demostraron que las personas que mantienen un promedio de sueño entre 7 y 8 horas presentan menor riesgo de mortalidad, además de presentar mejores puntuaciones de salud física que los que duermen menos. En contraste aquellos que duermen menos de 4 horas y más de 8 horas aumenta el riesgo de mortalidad temprana. De hecho, dormir más de 8 horas por la noche aumenta la aparición de cáncer, cardiopatías y enfermedades cerebrovasculares (Miró et al., 2005).

2.3.3 Consumo de drogas y sustancias

El consumo frecuente de sustancias como el alcohol, tabaco y otras sustancias nocivas suele ser perjudicial ya que ocasionan dependencia física y/o psíquica, provocando adicción y dañando tejidos y órganos del cuerpo. Además de que el abuso de alcohol, por ejemplo, se relaciona con accidentes de tránsito, uso de maquinaria y labores, problemas de conducta como el suicidio, agresiones y violencia. (Perea, 2011).

Por otra parte, el consumo de tabaco también representa una de las principales causas de morbilidad por infarto y enfermedades en las arterias. Además, el consumo de tabaco

acortar la vida de fumadores, deteriorando la calidad de vida de quienes lo consumen (Perea, 2011; García, 2014).

En cambio, del consumo moderado de vino se pueden obtener algunos beneficios, ya que, debido al contenido de antioxidantes, puede reducir y proteger contra algunas enfermedades cardiovasculares. (Perea, 2011).

2.3.4 Comportamiento ante el estrés

El estrés es otro de los términos comunes de escuchar pero que a su vez tiene un significado un tanto impreciso. El término estrés fue empleado por primera vez en 1936, por Selye, quien lo utilizó para determinar la respuesta general de un organismo a cierto estímulo, o bien a la situación que lo provoca. (Oblitas, 2009).

Para poder abordar el estrés como factor que repercute en la salud y calidad de vida a continuación daremos una breve explicación de los tres principales enfoques.

En primer lugar, el enfoque ambientalista plantea que el estrés es algo externo ya sea situación o estímulo que provoca una respuesta de tensión. En segundo lugar, se habla del estrés como respuesta, resultado no específico a cualquier demanda sobre el cuerpo. Y finalmente el tercer enfoque que refiere que tanto las situaciones o estímulos, como las respuestas conforman el estrés, ya que las plantea como un proceso conjunto entre las situaciones y las características del individuo para emitir la respuesta (Oblitas, 2009).

Lo cierto es que tanto las situaciones de estrés como el comportamiento de la persona ante factores de estrés se encuentran relacionados con gran cantidad de trastornos psicológicos y fisiológicos, como, por ejemplo, episodios depresivos, deterioro en el rendimiento laboral, problemas de sueño, hipertensión, entre otras (Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995, en Oblitas, 2009).

Es importante tomar en cuenta que no existe un estilo de vida perfecto, el cual se deba llevar a cabo por todos, ya que la cultura, ingresos, familia, capacidad física, entorno doméstico

y laboral hacen posible y atractivo que se lleve determinado estilo de vida (García, 2014).

2.3.4 Condiciones del entorno

Es importante mencionar las condiciones del entorno, como pueden ser de vivienda, laborales, son factores no psicológicos, pero de gran importancia que se suman al buen desarrollo del ser humano, conlleva consecuencias o beneficios en la salud y por lo tanto en la calidad de vida de la persona, es por eso la importancia de abordar el tema.

Las condiciones de vivienda, como la baja calidad en la construcción de ellas, provocan mayor humedad, mayores riesgos en situaciones de sismos o inundaciones. Además, la violencia en la zona y percepción de problemas en el entorno; como densidad del tráfico, acceso al transporte público (actualmente las constantes contingencias ambientales), intervienen en el malestar y/o ansiedad psicológica (García, 2014; Morrison, 2008).

El factor socioeconómico es en mayor medida causa de diversas enfermedades mentales como por ejemplo la depresión. Esto debido a que las personas reaccionan ante diversos estresores de la misma manera toda su vida, por lo cual aquellas con estatus socioeconómicos bajo se exponen a mayores estresores sociales lo que deteriora su salud y calidad de vida (García, 2014).

2.4 Escalas para evaluar la calidad de vida

La importancia de investigaciones sobre calidad de vida, en específico las aportaciones que puede hacer la psicología de la salud consiste en profundizar en la investigación de factores subjetivos que encaminan al bienestar de la población, y de la persona en particular, describir los procesos que llevan a la persona a una satisfacción moral, bienestar y felicidad, los mecanismos que utilizan para poder afrontar, resisten e integran los factores para contar con calidad de vida pero también aquellos factores que la deterioran (Hernández y Grau, 2005).

Para Osava (2002, en Urzua, 2008), la información que se obtiene gracias a la medición de calidad de vida relacionada con la salud (la cual se relaciona constantemente) aporta

información importante en tres niveles. La primera, de un micronivel a un nivel individual que ayuda a conocer los efectos de los beneficios de la salud. El segundo se refiere a grupos de pacientes, aporta los reportes de efectos de algún tratamiento. Y por último a nivel comunitario que permite obtener resultados de determinada población.

Además, el concepto de calidad de vida nos da pauta a reflexionar sobre las poblaciones que se encuentran fuera del margen de la sociedad, pensar de qué manera se podrían integrar, y sobre todo, pensar que todos tenemos derecho a tener calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003).

Varios autores comparten las áreas o dimensiones que comprende la calidad de vida, sin embargo, como ya se abordó, existen diversas definiciones, y por lo tanto encontramos múltiples formas de medirla, a continuación, se mencionarán algunas de ellas.

El cuestionario de calidad de vida/ TheQuality of LifeQuestionnaire, de Evans y colaboradores, (1985). Consta de 192 ítems, y se encuentran agrupados en 15 escalas de contenidos y una de deseabilidad social, incluyendo los dominios, los cuales son: el bienestar general que incluye bienestar material, bienestar físico y desarrollo personal. Relaciones personales: maritales, con la familia extensa, extramatrimoniales o con amigos. Actividad organizacional: altruismo, conducta política. Actividad ocupacional: características laborales, relaciones en el trabajo, satisfacción del trabajo. Ocio y actividades recreativas: conducta creativa, actividad deportiva, conducta durante las vacaciones (en Hernández, y Grau, 2005).

Inventario de calidad de vida/Quality of lifeinventory de Frisch, (1988). Evalúa satisfacción vital en 17 áreas, salud, autoconsideración, filosofía de la vida, nivel de vida, trabajo, tiempo de ocio, aprendizaje, creatividad, servicio social, acciones cívicas, relaciones de afecto, amistad, relaciones con hijos, relaciones familiares, hogar, vecindad y comunidad (en Hernández, y Grau, 2005).

Instrumento de evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud/ orld Organization Quality of life Assessment Instrument (WHOQOL), de la OMS (1993). Con el objetivo de la evaluación transcultural de la calidad de vida, más allá de los indicadores clásicos de salud. La propuesta inicial consta de cinco dominios, en total 100 reactivos, se evalúa desde una percepción objetiva y subjetiva. Dominio físico: dolor e incomodidad, energía y fatiga, actividad sexual, sueño, descanso y funciones sensoriales óptimas. Dominio psicológico: sentimientos positivos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos. Nivel de dependencia: movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de medicación o tratamientos, dependencia de sustancias no alcohólicas como tabaco y drogas, capacidad de comunicación, capacidad de trabajo, relaciones sociales, apoyo social práctico y actividades como proveedor o sostén. Ambiente: seguridad física, ambiente del hogar, satisfacción en el trabajo, recursos financieros, disponibilidad y calidad de cuidado social y de salud, oportunidades para adquirir nueva información y destrezas, disponibilidad y participación en actividades de ocio, ambiente físico y transporte. Y finalmente espiritualidad: religión y creencias personales (en Hernández, y Grau, 2005).

Cuestionario EQ-5D (The Euro QoLGroup, 1990, en Acosta, 2013), instrumento que mide la calidad de vida en relación con la salud. Integrado por cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y estado de ánimo.

Instrumento WHOQOL-BREF (WHOQOLGroup, 1998, en Acosta, 2013). Es una versión breve del WHOQOL-100, el cual consta de 26 reactivos, de forma que permitiera reducir áreas y se pudiese aplicar en casos en los que se requiriera una evaluación rápida y sencilla. Este instrumento cubre las áreas de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

Instrumento WHOQOL-OLD (2000, en Acosta, 2013). Esta es otra versión del WHOQOL-100, es una escala que se desarrolló para evaluar la calidad de vida en ancianos.

Consta de 24 reactivos, con seis diferentes dimensiones: capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras. Participación/aislamiento, intimidad y por último muerte y agonía.

Escala Mexicana Multidimensional (Cervantes y Santana, 2014). Es una escala que consta de 208 reactivos, mide siete factores: ámbito físico, ámbito psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, medio, espiritualidad, y por último el factor trabajo.

Como se puede apreciar, existen diversas escalas que miden la Calidad de Vida, conformadas desde 24 reactivos pero que dejan fuera el ámbito laboral. Las de mayores reactivos; 192 y 208 si bien incluyen el área laboral, son escalas extensas.

Es así como se concluye el primer capítulo, en donde se abordó el tema de salud y la estrecha relación con la calidad de vida. Si bien es complejo evaluarla, se reiteró a lo largo del primer capítulo que el medio en el que se desarrolla la persona influye determinadamente en la percepción de calidad de vida, de ahí la importancia del tiempo que se invierte para llegar al lugar de trabajo y claro, el tipo de jornada laboral, motivo por el cual en el siguiente capítulo se desarrollan temas como: trabajo, jornada laboral, medios de transporte y finalmente se conoce el tiempo promedio que una persona invierte para llegar a su lugar de trabajo.

Capítulo 3 Jornada laboral y tiempo de traslado

3.1 ¿Qué es el trabajo?

El trabajo es un tema fundamental de las ciencias sociales, no sólo de la economía, sino también de la psicología y sociología. En la actualidad se cree que la propia existencia del ser humano conlleva necesaria y forzosamente trabajar. Es cierto que el hombre siempre ha tenido que buscar diversas maneras de obtener el sustento, sin embargo, no siempre fue así (Ovejero, 2006).

Dominique Méda (1998) narra que en sociedades primitivas o sin Estado, el trabajo no existía, no contaba con el sustento conceptual ni el acontecimiento social que actualmente se tiene. Era una época de abundancia, sus necesidades eran cubiertas con poco esfuerzo (aproximadamente tres horas al día), no existía el interés de almacenar riquezas, pues todo lo encontraban en la naturaleza, por ello no tenían motivos para producir más de lo necesario.

Por lo tanto, el trabajo en la época primitiva era una obligación de carácter social, puesto que el beneficio no era sólo individual, ni con fines de intercambio económico, no exigía gran esfuerzo y no tenía retribución material alguna. Por lo que se comprende que el trabajo no definía el estatus social, el origen y conservación del vínculo social (Méda, 1998).

Sin embargo, en la actualidad la mayoría de los adultos dedica gran parte de su tiempo y energía al trabajo. Las personas necesitan ganar dinero y esto se obtiene por medio del trabajo. Es por esto, que dicha actividad es de suma importancia para el ser humano. Ahora bien, investigadores de diversas ramas de estudio han intervenido en el significado del trabajo, por ejemplo, Frank y Jeffrey (2005) consideran que no solo se trata de un intercambio de tiempo por dinero.

Uno de los investigadores más conocidos es Studs Terker, él entrevistó 120 personas y les pidió que describieran lo que significa el trabajo para ellos. Otra investigadora es Barbara Garson, por su parte ella entrevistó a personas que consideraban “aburrido” su trabajo. Para

contrastar lo anterior Harry Maurer basó sus entrevistas con personas que habían perdido su empleo. De lo anterior se obtiene que el componente común de estas investigaciones es que: “el trabajo es una característica que define la forma en que el ser humano estima su valor en la sociedad, familia y en sí misma” Por lo menos desde los años ochenta el 70% de las personas indican que continuarían trabajando, aunque tuvieran el dinero suficiente para vivir de manera cómoda. Evidencia de que el trabajo va más allá de una actividad meramente económica (en Frank y Jeffrey, 2005).

Para Ovejero (2006) el trabajo es centro de la vida, afirmando que es la esencia de la naturaleza humana, que gracias a ello se obtienen, no sólo los materiales para vivir, sino además la propia realización personal y vínculos sociales, llegando a la conclusión que sin trabajo no seríamos nadie.

A continuación, se mencionan algunos de los conceptos de lo que es el trabajo, producto de distintos autores.

Para Marshall (1980, en Ovejero, 2006), el trabajo resulta ser el esfuerzo de la mente y del cuerpo, realizado parcial o totalmente, con el cual se obtiene un beneficio, y no sólo la satisfacción que puede causar el realizar dicho esfuerzo. Similar a lo que menciona Marshall, para Hall (1986), el trabajo es el esfuerzo o actividad de una persona, hecha con el propósito de proveer bienes y/o servicios para otros.

Ahora bien, una definición más extensa es la que plantea Peiró (1989, en Ovejero, 2006), conjunto de actividades humanas, retribuidas, o no, fructíferas, creativas, y mediante técnicas e instrumentos, materia, o información disponible, con el fin de obtener bienes o servicios. Actividad en que se aporta energía, habilidades, conocimientos, y otros recursos, para obtener así algún tipo de compensación material, psicológica y/o social.

Por su parte Anderson y Rodin (1989, en Ovejero, 2006), mencionan una definición corta y direccionada a la que entendemos con regularidad, y no precisamente la mejor, sino que es la que se comprende sobre todo en las empresas; “el trabajo es el tiempo por el cual

una persona es pagada”.

Como se puede observar, la mayoría de las definiciones de trabajo resulta de una actividad de carácter productivo que realiza una persona, con el fin de obtener alguna remuneración o sustento (Ovejero, 2006).

Ahora bien, la definición de trabajo trae consigo otros temas por analizar, como por ejemplo cuales deben ser las condiciones o las normas mínimas para poder desarrollar dicha actividad.

Por su parte la Organización Internacional del Trabajo (OIT), define al trabajo decente como la oportunidad de acceder a un empleo productivo, generando un ingreso justo, en dónde se le brinde seguridad en el trabajo, protección social para sus familias, desarrollo personal, integración social, libertad para que los empleados expresen sus opiniones, puedan organizarse y participen en decisiones que repercutan en su vida. Además de igualdad de oportunidades y trato tanto para hombres como para mujeres (OMS, s.f).

La Ley Federal del Trabajo, en su artículo 3º, establece que

El trabajo es un derecho y un deber social. No es artículo de comercio, y exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta, así como el reconocimiento a las diferencias entre hombres y mujeres para obtener su igualdad ante la ley. Debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida digna y la salud para las y los trabajadores y sus familiares dependientes (Ley Federal del Trabajo, 1970).

3.2 Jornada Laboral en México

Para Chiavenato (2009), la presencia laboral es el tiempo en el cual un trabajador se encuentra disponible para trabajar, y de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo (1970), el Artículo 58, de la Constitución Mexicana indica que una jornada de trabajo es el tiempo durante el cual el trabajador está a disposición del patrón para prestar su trabajo.

Independientemente de que el trabajo que se realice sea en el tiempo en el que naturalmente permanecemos en vigilia, éste tiende a modificar los modelos de sueño y vigilia de una persona. Es por esto por lo que los horarios laborales son de gran importancia en la calidad de vida de una persona (Ibcia y Sánchez 2007).

Legislaciones latinoamericanas y europeas mencionan que lo ideal es que las horas de trabajo sea de 8 horas diarias. Se dice que es importante organizar los descansos de los trabajadores de tal manera que les permita gozar de su descanso, estar con su familia o realizar otras responsabilidades personales (Santibañez y Sánchez. 2007).

Pero esto no aplica en todos los empleos, por ejemplo, en minas o industrias alejadas de centros urbanos las jornadas llegan a ser de 12 horas. Esto permite a las empresas ahorrar al menos los pagos de traslado, imposiciones para la salud y vejez comidas y gastos de alojamiento (Santibañez y Sánchez. 2007).

En México, la Ley Federal del Trabajo (1970) menciona lo siguiente respecto a la jornada laboral:

Artículo 61 la duración máxima de la jornada será de 8 horas la diurna, 7 la nocturna y 7 horas y media la mixta.

Artículo 63. Durante la jornada de trabajo se concederá al trabajador un descanso de media hora, por lo menos.

Artículo 64. Cuando el trabajador no pueda salir del lugar donde presta sus servicios durante las horas de reposo o de comidas, el tiempo correspondiente le será computado como

tiempo efectivo de la jornada laboral.

Artículo 66. Podrá también prolongarse la jornada de trabajo por circunstancias extraordinarias, sin exceder nunca de tres horas diarias ni de tres veces una semana.

Si bien estos artículos establecen horarios y días a laborar, se sabe que en la práctica no son del todo respetados.

Un aspecto importante con respecto al tiempo de descanso es mencionado por Ibcia y Sánchez (2007), es donde realizaron una comparación de sueño en días laborales y no laborales, y encontraron que en días laborales se muestra disminución del tiempo total de sueño, aumento en el número de despertares, y una mínima disminución en las proporciones del sueño lento profundo.

Mientras que, en el sueño en días no laborales, aunque se duerma el mismo número de horas, las personas indican sentir mayor reparo y descanso, percepción producida probablemente por la mayor profundidad lograda, con aumento en la proporción del sueño lento profundo y menor número de despertares (Ibcia y Sánchez 2007).

Conforme avanza la ciencia y la tecnología se ha dado a conocer que no sólo el tiempo y la calidad de descanso de una persona es importante, sino que también es de gran importancia que un ambiente laboral sea favorable, ya que esto aumenta la eficiencia y la Calidad de Vida del trabajador. Al permanecer alerta, motivado, realizar sus actividades con gusto, se tiene menos ausentismos y menos accidentes de trabajo. Además de que un buen ambiente disminuye la fatiga (Santibañez y Sánchez, 2007).

Los aspectos ergonómicos que deben tomarse en cuenta son: iluminación, ventilación, asientos de trabajo (buena visualización de la tarea, adecuado apoyo de acuerdo con el peso y talla del trabajador, puntos de apoyo confortables en el movimiento de brazos y piernas), turnos dentro del turno (Santibañez y Sánchez, 2007).

Una propuesta para clasificar las condiciones de trabajo la realizó Peiró (2013), y se distribuye de la siguiente manera:

- Condiciones de empleo: tales como las condiciones de contratación, salariales, estabilidad y seguridad del empleo
- Condiciones ambientales:
 - Ambiente físico, como la temperatura, humedad, nivel de ruido, iluminación, ventilación, pureza del aire, y orden en el trabajo.
 - Variables espacio-geográficas, se refiere a que haya suficiente espacio, la distribución de este, y la relación entre el espacio y los trabajadores, como por ejemplo la privacidad e intimidad de cada trabajador.
 - Aspectos de diseño espacial- arquitectónico que hace referencia al espacio tanto de los materiales o maquinarias necesarias para realizar la actividad. Es decir, el diseño ergonómico del cada puesto.
- Condiciones de seguridad referente a todos los aspectos del trabajo que puedan ocasionar un riesgo físico, químico o mecánico. También incluye protección de riesgos y medidas de prevención y condiciones de seguridad.
- Procesos de trabajo. Que se refiere a la organización y división del trabajo. A la jornada laboral, horarios de inicio y finalización de cada actividad, según las demandas del puesto
- Condiciones Sociales y/u organizacionales. Referente a las relaciones interpersonales; comunicación, apoyo social, conflictos interpersonales, cohesión de equipo, clima laboral.

Otro aspecto de gran importancia es la motivación laboral, y fue hasta a mediados del siglo XX que se iniciará a estudiar la motivación en el trabajo y la vinculación con el rendimiento. Desde entonces se encontró que un trabajador motivado es más eficaz y productivo, más responsable, lo que a su vez genera un buen clima de trabajo. Siendo en abril de 1919 cuando se crea la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y desde entonces

inicio a legislar sobre el bienestar físico y psicológico en el ámbito laboral (Peiró, 2013).

Lo mencionado en la Ley Federal del Trabajo, es un “ideal” de lo que debería ser, aunque a su vez existen inconsistencias con el tiempo extraordinario. Hoy en día se sabe que los horarios y días laborales no siempre son respetados por los patrones. Según el Foro Económico Mundial los factores económicos y la cultura interviene en la actitud del trabajador, sobre todo en las horas que dedica al trabajo. En México, el miedo al despido más las débiles y ambiguas leyes laborales, da como resultado que rara vez se respete una jornada laboral de 48 horas semanales, esto según el Foro Económico Mundial (Expansión, 2018).

3.3 Calidad de vida en el trabajo

Es así como los horarios laborales al igual que las condiciones de trabajo encaminan al tema de Calidad de Vida en el Trabajo. Las leyes respecto al trabajo tanto latinoamericanas como europeas se crearon hace ya mucho tiempo, se enfocan principalmente a la producción y organización del trabajo, pero es poco lo que se ha integrado respecto a los nuevos conocimientos de ergonomía, fisiología laboral y los cambios en la productividad humana a lo largo del día y sobre todo de la vida laboral de una persona. Por lo tanto, para que una empresa pueda competir ante el mundo globalizado no solo debe cumplir con las diversas normas de calidad de los productos o servicios, sino también es necesario resaltar la importancia de la Calidad de Vida de los trabajadores (Santibáñez y Sánchez 2007).

Es por ello que a continuación se mencionan aspectos que conlleva la Calidad de Vida Laboral, producto de distintos autores.

Un entorno laboral consta de las condiciones físicas (instalaciones), materiales (equipo para realizar las tareas), psicológicas (estado de ánimo de los trabajadores) y sociales (comunicación y relación entre los compañeros). Se divide en aspectos ambientales que pueden repercutir los sentidos y afectan el bienestar físico. Y aspectos ambientales que pueden afectar el bienestar psicológico e intelectual. Estos a su vez se dividen en higiene, seguridad en

el trabajo y calidad de vida laboral (Chiavenato, 2009).

La higiene laboral es aquella que garantiza un entorno de trabajo saludable y seguro. Esto se refiere a un conjunto de normas y procedimientos dirigidos a proteger la integridad física y mental del trabajador, para así prevenirlos de los riesgos de salud que pueden ocasionar las tareas del puesto y el entorno físico en donde las desempeñan. Asimismo, busca diagnosticar y prevenir enfermedades provocadas por las actividades que desempeñan los trabajadores, lo cual también es denominado salud ocupacional. Dentro de los principales programas de higiene laboral, Chiavenato menciona los siguientes.

1. Entorno físico del trabajo:

-Iluminación, en donde se preocupan porque la cantidad de luz sea la adecuada para cada actividad.

-La Ventilación, en donde se cuida que no existan gases, humo y olores desagradables al desarrollar sus actividades. También procura la separación de posibles exhalaciones contaminantes, así como el uso de mascararas.

-Temperatura, es decir que se trabaje en los niveles adecuados, no demasiado frio o demasiado calor.

-Ruido, se preocupa en la eliminación del ruido o bien del uso de protectores auriculares.

-Comodidad, el cual a mi punto de vista puede ser un tanto subjetivo, pero se enfoca a que la persona trabaje en un entorno agradable, relajado y amigable.

2. El entorno psicológico, que incluye los siguientes puntos:

-Relaciones humanas agradables.

-Que el tipo de actividad sea agradable y motivadora.

-El cuarto punto se refiere al estilo de administración democrático y participativo.

-Otro punto es la preocupación por la eliminación de posibles fuentes que puedan causar estrés.

- Entrega personal y emocional.

3. Aplicación y principios ergonómicos que incluye:

- Máquinas y equipos adecuados para cada persona, tomando en cuenta las características humanas.

- Mesas e instalaciones adecuadas al tamaño de cada persona.

- Herramientas que ayuden a reducir el esfuerzo físico humano.

- La salud ocupacional, que se preocupa de la asistencia médica preventiva.

Ahora bien, la seguridad en el trabajo se refiere al conjunto de medidas de orden técnico, educativo médico y psicológico para la prevención de accidentes, eliminando condiciones inseguras en el entorno. Esto se realiza instruyendo o convenciendo a los trabajadores de la implantación de prácticas seguras y preventivas.

Comprendiendo lo que es la higiene laboral y la seguridad en el trabajo, podemos abordar lo que es la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT). Dentro de los primeros autores en utilizar el término encontramos a Louis Davis en la década de los años 1970, cuando se encontraba elaborando en un proyecto sobre el diseño de puestos. Para Luis Davis la calidad de vida en el trabajo es la preocupación por el bienestar general y salud de los trabajadores al desempeñar sus tareas (Chiavenato, 2009).

En 1972, en Estados Unidos de Norte América se celebró la International Conference on the Quality of Working Life (Conferencia Internacional sobre la Calidad de Vida en el Trabajo), en donde se dieron cita investigadores y dirigentes empresariales preocupados por analizar la situación sobre los aspectos futuros de la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT). Es importante mencionar que en un inicio se denominaba de diversas maneras como: armonización en el trabajo, reestructuración de las tareas, reforma de trabajo y los sistemas sociotécnicos, hasta que finalmente se utilizó el término de Calidad de Vida en el Trabajo (en Pierre, 1986).)

Pierre, (1986, p. 30), define la calidad de vida en el trabajo como “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". Además, menciona la relación entre la CVT y la satisfacción, que la satisfacción puede ser también una causa de la CVT y no solo una consecuencia. Sin embargo, él cree que la CVT es la que ocasiona cierto grado de satisfacción, lo cual trae como consecuencia un comportamiento funcional o disfuncional en el trabajo.

La CVT se ve afectada por los aspectos sociales y técnicos que conlleva una tarea, además de aspectos espaciotemporales, los elementos principales para Pierre (1086) son los siguientes:

1. Naturaleza de la tarea. Como la variedad de actividades, importancia de la tarea, autonomía.
2. Entorno de la tarea. Como los elementos físicos, es decir el calor, el ruido, etc. Lo social como son los compañeros, jefes, subordinados. Y por otro lado lo organizacional, como pueden ser las políticas institucionales.
3. Factores demográficos, como puede ser la edad, el sexo, estado civil.
4. Factores espaciotemporales
5. Satisfacción frente a la vida en general
6. Características del individuo, como la motivación interna, fuerza de necesidad de desarrollo, o alguna otra satisfacción en específico de cada persona.

En contraste, Chiavenato (2009) menciona los siguientes componentes de CVT

1. Satisfacción con el trabajo realizado
2. Posibilidad de futuro en la organización
3. Reconocimiento por los objetivos logrados
4. Salario percibido
5. Prestaciones recibidas
6. Relaciones humanas dentro del equipo y la organización
7. Entorno psicológico y físico del trabajo

8. Libertad para actuar y responsabilidad para tomar decisiones
9. Posibilidades de comprometerse y participar activamente.

Es por lo anterior, que la Calidad de Vida en el Trabajo se ha tomado como indicador de la experiencia vivida en el centro de trabajo y el grado de satisfacción de los trabajadores, por lo tanto, la importancia de la CVT es el valor que se le da las personas, ya que las organizaciones sólo pueden alcanzar elevada productividad y calidad si cuentan con personas motivadas. Sin embargo, la CVT también tiene una posición antagónica, como son los intereses de las empresas para potencializar la calidad y productividad. (Chiavenato, 2009). Que en gran medida se contraponen con las condiciones o medidas que fomentan la CVT.

Ahora bien, debido a que las necesidades humanas varían de acuerdo con la cultura de cada persona y de cada empresa, la CVT depende de la dinámica que haya entre las características individuales como de las organizacionales. Por esa razón se han propuesto diversos modelos.

Walton (en Chiavenato, 2009), propone ocho factores que repercuten en la CVT, los cuales son:

1. Compensación justa y actualizada, el cual refiere principalmente a que el salario sea acorde a las actividades realizadas, que sea un salario justo y equilibrado dentro de la organización, pero también en el mercado de trabajo.
2. Condiciones de seguridad y salud en el trabajo, que se refiere a que las jornadas laborales y las condiciones físicas sean adecuadas para mantener el bienestar de las personas.
3. Utilización y desarrollo de capacidades, que se refiere a fomentar el desarrollo de sus habilidades y utilizar su conocimiento, así como a brindarle autonomía en sus tareas y a su vez dar retroalimentación de su desempeño.

4. Oportunidad de crecimiento continuo y seguridad, es decir que la persona tenga la oportunidad de crecimiento tanto personal como profesional dentro de la empresa, así como la seguridad de tener un trabajo estable.
5. Integración social en la organización, se refiere a que no existan diferencias jerárquicas tan marcadas que puedan impedir una buena comunicación. Además del apoyo mutuo tanto de jefes como de subordinados.
6. Garantías constitucionales, que se refiere a que se respeten las leyes y derechos laborales, y que las reglas internas de la organización sean claras y difundidas a todos.
7. Trabajo y espacio total de vida, es decir que debe cuidar que el trabajo no absorba toda la energía al grado que pueda afectar o invadir su vida personal y familiar.
8. Relevancia social de la vida en el trabajo. Se refiere a que la empresa sea socialmente responsable de sus productos o servicios que ofrecen, y por lo tanto el trabajo que realicen sea una actividad que les enorgullezca.

A manera de conclusión, la percepción de cada persona varía de acuerdo con sus propios valores y creencias, además del contexto cultural en que se desarrolle y por supuesto de su historia de vida, es por eso por lo que la Calidad de Vida y la Calidad de Vida en el Trabajo suele ser subjetiva y compleja de evaluar.

3.4 Medios de transporte en México

La movilidad urbana es un factor clave no solo para la actividad económica de una Ciudad, sino que también es determinante para la calidad de vida de sus habitantes, puesto que les permite el acceso a servicios de salud, educación y recreación (Banco de Desarrollo de América Latina, 2013).

Con el fin de contextualizar la situación actual de la movilidad de la Zona Metropolitana se mencionan de manera general los medios de transporte que han existido en la Ciudad.

Duración y distancia debieron ser distintas de acuerdo con la época, dependiendo la

innovación tecnológica, pasando desde ir caminando, a caballo, barco, ferrocarril, bicicleta, y en la actualidad lo más usado como es el auto y para recorrer largas distancias en poco tiempo; el avión. Siempre o casi siempre se elige lo más rápido, económico y confortable, en la medida de las posibilidades de cada persona, por lo que podemos inferir que el tema crucial de movilidad han sido las distancias y el modo de hacerlo (Suarez y Delgado, 2015).

Pero ¿para qué nos sirve el transporte? Para Mumford, “el propósito es mover gente o mercancía a lugares a donde se les necesita y concentrar la mayor variedad de bienes y personas dentro de un área limitada, con el fin de ampliar la posibilidad de elección sin que sea necesario viajar a distintos puntos” (Mumford, 2014: Pag.143, en Suárez y Delgado, 2015).

Desde a mediados del siglo XVIII fue el ferrocarril el medio de transporte al que se le apostó durante varios años, en 1868 apenas existían 273 Km, mientras que en 1890 la red contaba ya con 9 544 km (Secretaría de comunicaciones y transportes, 1991).

Durante 1940 y 1950 predominaban principalmente los autobuses, a finales de los años cincuenta en periodo a prueba empiezan a dar servicio los trolebuses, y a su vez el automóvil fue dominando la forma de transportarse, aunque eran utilizados sólo por personas de mayor ingreso económico, desde esa época el automóvil empezó a provocar una saturación de áreas viales disponibles en ese entonces, atrasando el flujo normal de autobuses, aumentando el tiempo y desgaste físico de los pasajeros que utilizaban transporte público (Bernardo y Ovidio, 1989).

En la época de los años ochenta surgen los taxis colectivos, los primeros autos en utilizar para dicho servicio fueron los sedan, podían transportar hasta cinco pasajeros y cobraban un peso, de ahí que la gente los empezó a llamar “peseros”. Posteriormente aparecieron las furgonetas volkswagen, conocida como “combi” (Suárez y Delgado, 2015).

Entre 1946 y 1981 predominaron los autotransportes de pasajeros. Durante este periodo hubo una intervención directa del Estado en infraestructura y transporte federal por lo que nacen los Servicios de Transportes Eléctricos, los primeros en aparecer fueron los

trolebuses (González, 1988).

Fue desde 1965 que Ingenieros Contratistas Asociados (ICA), inicia un gran reto al proponer la construcción de un metro subterráneo para la Ciudad de México, y el 5 de en septiembre de 1969 se inaugura la primera línea del metro, para 1987 ya existían 8 líneas, con cuatro millones de pasajeros diarios. Hoy en día dan servicio 12 líneas (Navarro y González, 1989).

En 1981 aparecen los autobuses Ruta 100, fue una de las empresas estatales más importantes, brindaron servicio eficiente en la Ciudad, en sus mejores años llegaron a tener en funcionamiento 7, 500 unidades, lamentablemente, tras varias huelgas fue en abril de 1995 que dejaron de dar servicio. Para cubrir el desabasto que quejó la quiebra de Ruta 100, fue hasta el 2000 que surgen los RTP los cuales siguen operando hasta la actualidad (Pérez, 2016).

En 2005, el Jefe de Gobierno del entonces Distrito Federal, firma el decreto de la creación del organismo público descentralizado de administración pública, Metrobús, en la actualidad existen 7 líneas en servicio (Gaceta del DF, 2005).

Durante la administración de Marcelo Ebrard, en febrero de 2010 surge el sistema de bicicletas compartidas, Ecobici, como parte de la estrategia de movilidad en la Ciudad de México (Simón, 2016).

Dentro de las innovaciones recientes de conectividad se encuentra el Carsharing, que es la renta de vehículos por periodos de tiempo cortos, en 2012 la compañía Marrot inicia este servicio, con vehículos eléctricos e híbridos. Cabe mencionar que son pocas las zonas en las que existen, como Santa Fe, pues el interés de la empresa fue específicamente en un mercado económicamente solvente. Otro medio de transporte privado, pero un tanto más accesible y que ha tenido gran aceptación es la que se solicita por medio de aplicaciones telefónicas como es Uber, Cabify, Didi, por mencionar algunas, si bien han ganado terreno con rapidez, el transporte público es primordial ya que amplios estratos de la población no cuentan con los ingresos suficientes para utilizar este tipo de transporte, por lo que dichas innovaciones

tecnológicas les son ajenas (Navarro, 2017).

Actualmente existen diversos medios de transporte, como son los microbuses, combis, metro, metrobus, tren ligero, tren suburbano; en colonias específicas de la Ciudad de México se cuenta con la ecobici, y específicamente en el Estado de México el Mexibus. Respecto a los medios privados está tanto el taxi común, como recientemente los de aplicación como Uber, Cabify, Didi (por mencionar algunos), sin embargo, sigue siendo un gran desafío para la metrópoli del siglo XXI fomentar un sistema de vialidades y transportes que garantice el desarrollo sustentable y competitivo (Navarro, 2017).

Es así como la movilidad urbana es un conjunto de retos, como la extensión y calidad del transporte, infraestructura y mantenimiento de las mismas, además de regulaciones y retos ambientales, que si bien son principalmente responsabilidad de los gobiernos, también es importante resaltar que la participación ciudadana es otra pieza clave, con el fin de fortalecer la cultura de una movilidad ordenada, cuidar la limpieza de los transportes y la infraestructura, respetar los reglamentos entre muchas otras (Banco de Desarrollo de América Latina, 2013).

3.5 Tiempo de traslado en la zona metropolitana

En un trabajo realizado por Navarro y Guevara en el año 2000, se menciona que aproximadamente el 50% de los habitantes de la Zona Metropolitana invierte en un día común de 30 minutos a 2 horas para transportarse a sus lugares de trabajo. Otro dato relevante de este estudio señala la poca relación entre los horarios escolares y laborales, refiriéndose específicamente al horario para llevar y recoger a los hijos, hace que aumente el número de viajes persona-día (Navarro y Guevara, 2000).

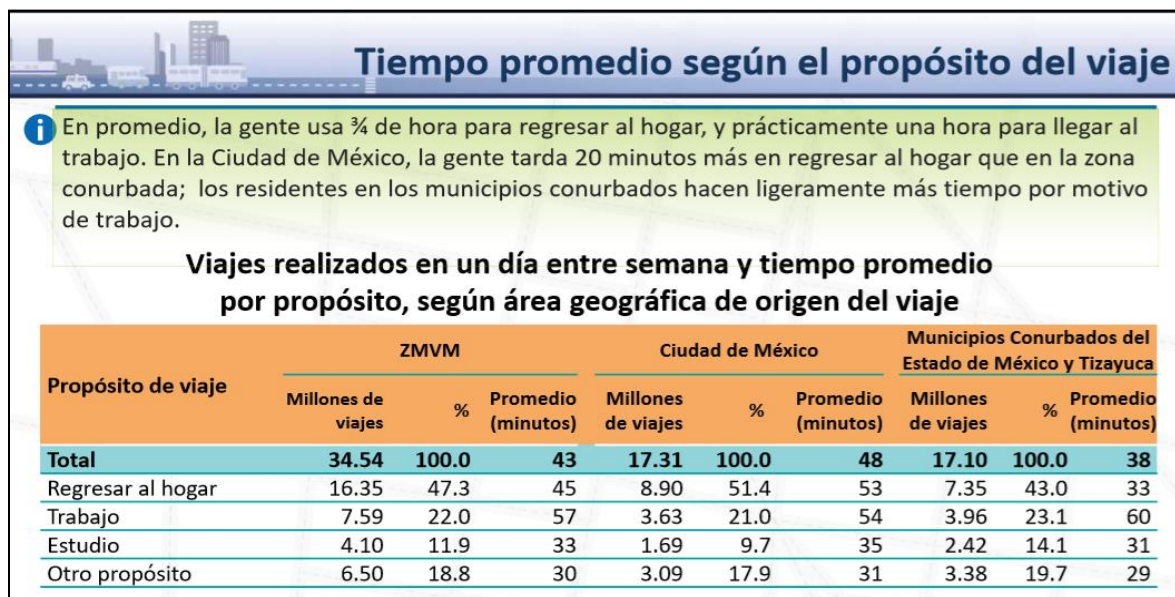
El estudio de Tomtom del índice de tráfico señaló que en 2017 las cinco ciudades de América que presentaron mayor congestión vial fueron: en primer lugar, Bogotá con un 62%, seguido de la **Ciudad de México con un 52%**, en tercer lugar, Recife (Brasil) con un 47%, al

igual que Lima con un 47% y en quinto lugar Sao Paolo con un 42% (Tomtom Traffic Index, 2017).

Datos específicamente de la Ciudad de México, obtenidos en la encuesta origen-destino en la Zona Metropolitana del Valle de México realizada en 2017, indica que la zona metropolitana consta de aproximadamente 20 886 703 habitantes. **Se realizan 21, 954,157 viajes al día.** En promedio, habitantes de la Ciudad de México **realizan 54 minutos para llegar al trabajo, y habitantes del Estado de México 60 minutos**, en promedio se concluye que en la zona metropolitana son necesarios al menos 57 minutos para llegar al lugar de trabajo, en la figura 1 se muestran los detalles según el propósito de viaje (INEGI, 2017).

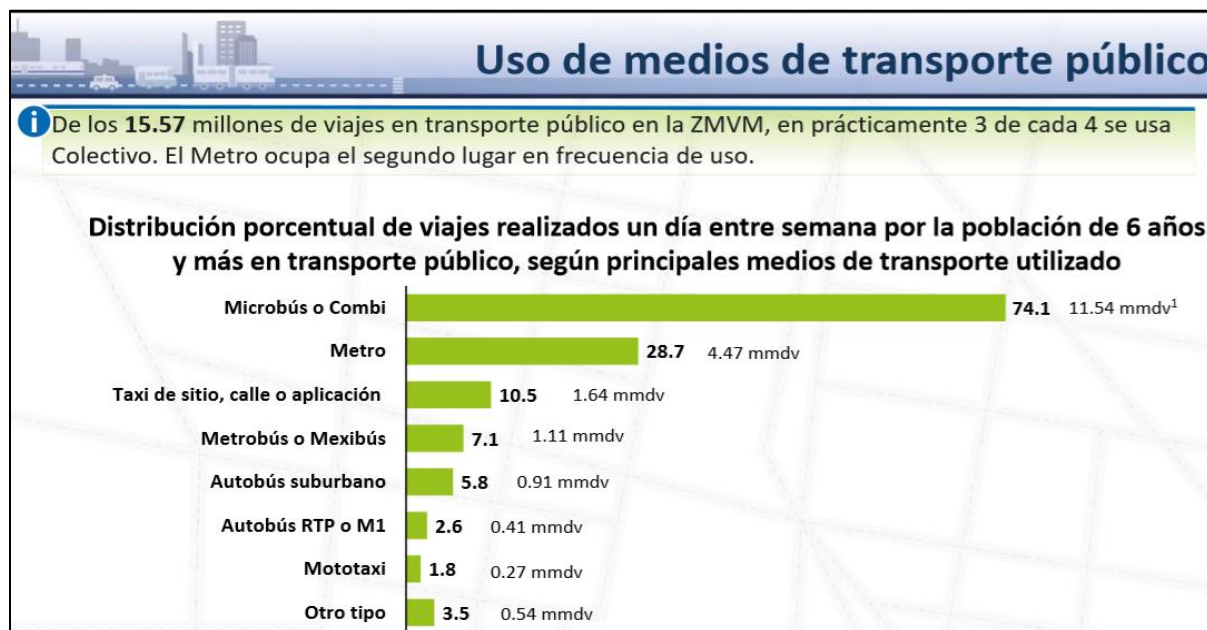
Figura 1

Tiempo Promedio según el Propósito de Viaje



Nota. Tomado de *Encuesta Origen - Destino en Hogares de la Zona Metropolitana del Valle de México* (INEGI, 2017).

De los 15.57 millones de viajes en transporte público que se realizan en la Zona Metropolitana, los principales medios de transportes utilizados son: microbús o combi y el metro, se muestran los detalles en la figura 2.

Figura 2*Uso de Medios de Transporte Público*

Nota. Tomado de *Encuesta Origen - Destino en Hogares de la Zona Metropolitana del Valle de México* (INEGI, 2017).

Siendo el transporte público la mayor fuente de traslado, a nivel nacional el 80% de viajes se realizan en transporte público, en contraste con este resultado, es el peor calificado por los ciudadanos, considerándolo lento, inseguro, incomodo, tardado, costoso, deteriorado y sucio. En la medida de lo posible, personas con un buen ingreso puede evitarlo, si cuentan con algún medio de transporte propio como puede ser automóvil, motocicleta, o bien en transporte privado como taxi o algún otro de aplicación; Uber o Cabify, pero la realidad es que a medida que disminuye el ingreso, también disminuye la probabilidad de utilizar algún medio privado (Suárez, 2017).

Suarez Lastra, resalta que ninguna Ciudad del país cuenta con sistemas integrados de transporte urbano, además de que la interconexión entre sistemas de transporte público es poca y los tiempos de espera para poder abordarlos es muy alto, algunos de hasta 15 minutos.

Otro punto de gran importancia es que, a nivel nacional, el 25% de la población de mayor ingreso gastan un 3% de su salario para transportarse, mientras que la población con menor salario gasta hasta el 10% (Suárez, 2017).

Los inadecuados flujos de origen destino ocasiona un aumento en los costos de transportación y saturación de vialidades, debido a la necesidad de mayor movilidad a mayor distancia. Las finanzas públicas tienen una fuerte presión, pues existe la obligación de cumplir con los derechos de la población la cual promete una mejora en su calidad de vida (Sánchez, 2018).

Como ya se mencionó, el promedio de tiempo para llegar al trabajo es de 57 minutos, pero existe un 27.4% que invierten hasta dos horas para llegar al trabajo y 5.3 % de la población que hace más de dos horas y a que son largas distancias las que recorren, en la figura 3 se presentan los detalles.

Figura 3

Tiempo y Modo de Transporte por Trabajo



Nota. Tomado de *Encuesta Origen - Destino en Hogares de la Zona Metropolitana del Valle de México* (INEGI, 2017).

La planeación urbana ha sido inútil e ineficaz en el crecimiento de la zona metropolitana. El estado tiene un papel fundamental en materia de regulación de mercado, como el control y redistribución de las plusvalías, que den financiamientos e instrumentos de apoyo técnico para la construcción de vivienda social, con costos que se encuentren al alcance de la población y no tengan como única opción adquirir una vivienda tan alejadas de su lugar de trabajo, que las viviendas sean un acto de habitar y no sea considerado solo una mercancía final (Sánchez, 2018).

Respecto al alto uso del automóvil, es conocido que siempre ha sido un símbolo de estatus socioeconómico y movilidad, y aunque el 40% de usuarios de automóvil considera que otros medios de transporte pueden ser más rápidos, ninguno de ellos los cambiaría debido a la mala calidad del transporte público (Suárez, 2017).

De acuerdo con los resultados de la encuesta **Origen-Destino**, los microbuses o combis son el principal medio de transporte, su funcionamiento técnico y legal es el más complicado, contribuyen al tráfico al igual que a las emisiones contaminantes, además de que la transportación masiva es riesgosa y poco confiable (Suárez y Delgado, 2015).

Lo óptimo sería una Ciudad en donde los lugares sean accesibles y cercanos, en donde las viviendas estén próximas al lugar de trabajo, en conjunto con un uso mixto de suelo, un diseño amigable para el peatón y los ciclistas, lo que fomenta el uso del transporte público con el fin de disminuir el uso del automóvil (Suárez, 2017).

Si bien tanto andar en bicicleta como caminar son medios de transporte que ofrecen la gran ventaja de fomentar la salud, son medios relacionados con poblaciones de escasos recursos más que a la gente pudiente. Recientemente se han fomentado estos medios de transportarse, resaltando que ayuda a disminuir la contaminación y aumentar la salud, sin embargo, aún no se cuenta con la infraestructura adecuada en toda la zona metropolitana como para recorrer largas distancias en bicicleta. Para el caso de la caminata es la inseguridad en varios casos uno de los grandes impedimentos, es por eso por lo que en gran medida se

opta por utilizar ya sea la micro o combi para acercarse al destino final, aunque este ofrezca un mal servicio (Suárez y Delgado, 2015).

Reforzando el párrafo anterior, Murata (et al., 2015) encontró que usuarios de la Ciudad prefiere viajar en metro siempre y cuando la distancia que debe recorrer a pie sea entre 400 y 800 metros, por lo que propone que otro aspecto que podría fomentar la caminata sería el mejoramiento de áreas cercanas, arbolado, pavimento (en Suárez y Delgado, 2015).

Respecto al 24.7 % de la población que se transportan en automóvil, según la encuesta origen destino de 2017, es ya muy conocido que el frecuente uso del automóvil ha dado resultado negativo como la contaminación, el mencionado congestionamiento vial, accidentes y sobre todo grandes pérdidas de tiempo e ingreso tanto para la población como para las empresas (Navarro, 2017). En un análisis de procesos de transición en la propiedad de vehículos establece la relación entre 25 autos menos por cada uno compartido (Altares, 2016 en Navarro, 2017).

El futuro de la movilidad será el desarrollo tecnológico e implantación de vehículos autónomos, en lo cual ya está trabajando la industria automotriz como BMW; Audi, Mercedes Benz, Nissan, entre otras. Sin embargo, queda en duda que estos avances tecnológicos sean realmente la solución vial, sobre todo tomando en cuenta la viabilidad como servicio mercantil (Navarro, 2017).

Es importante mencionar que el transporte de personas no es solo un servicio más, sino que es un servicio general de la producción, indispensable para que el proceso productivo se lleve a cabo. Imaginemos que un día en la Ciudad de México, los millones de personas que constituyen la fuerza laboral no pudiera transportarse a sus lugares de trabajo por no contar con el dinero necesario para pagar el servicio convencional, peor aún si se tratara de uno autónomo, la Ciudad colapsaría. Mientras los salarios en México sean de los más bajos de América Latina, los servicios generales de la producción como la educación, la salud y el transporte, no pueden ser considerados meramente mercantiles (Navarro, 2017).

Para poder resolver la movilidad urbana, se ha hecho énfasis en disminuir el número de personas que utilizan el automóvil, pero esto sólo se podría fomentar teniendo un sistema de transporte público de calidad y capacidad. Otro aspecto importante para fomentar el transporte público sería establecer rutas claras, que se cumplan los horarios, ofrecer tarifas especiales para grandes grupos como estudiantes, o bien tarifas anuales, algunas de estas opciones podrían regresar la confianza de los usuarios, aunque la calidad y seguridad son primordiales (Suarez y Delgado, 2015).

Es bien conocido que los automóviles son los principales causantes del tráfico y sobre todo de la contaminación, aun así, se sigue anhelando tener uno, al menos por familia, y no significa que eliminar los autos sea la solución, sino analizar el uso, a aquellos que ya cuentan con uno.

Si se diera a elegir entre usar el transporte público en horas pico, o gastar más, pero ir cómodo y un poco más seguro, se opta sin duda por lo segundo (si se cuenta con los recursos económicos). La clave sería la mejora en la calidad y seguridad de los medios de transportes públicos, pero tal vez este problema es uno de tantos que se suma a una cuestión política pues el conocimiento sobre la saturación y el poco mantenimiento es claro.

3.6 Estudios e investigaciones relacionadas con Calidad de Vida, jornada laboral y traslado al trabajo

En este último apartado teórico se mencionan algunos estudios e investigaciones relacionadas con las variables de estudio, primero se presentan los relacionados con la calidad de vida, después los que abordan la jornada laboral y finalmente los relacionados con el tiempo de traslado.

3.6.1 Investigaciones relacionadas con la calidad de vida

3.6.1.1 Índice de Calidad de vida de México

A nivel mundial existen organizaciones que han tratado de construir índices de Calidad de Vida, hasta ahora ha sido de estas maneras como se ha intentado medir. La revista *The Economic* construyó un índice en el que toma en cuenta aspectos como bienestar material, salud, estabilidad política, vida familiar, vida comunitaria, libertad política, el clima, seguridad en el empleo y la equidad de género. Buscaron un indicador para diversos aspectos de los que querían medir; cómo, por ejemplo; para el bienestar material utilizaron el Producto Interno Bruto (PIB), para el aspecto de salud consideraron la esperanza de vida al nacer, y para la vida familiar utilizaron la tasa de divorcios. (García y Sales, 2011).

Otro Índice de Calidad de Vida lo utilizaron para medir el nivel de bienestar que ofrecen las Ciudades para ejecutivos de grandes empresas, la firma Mercer genera un índice de calidad de vida de las Ciudades más importantes del mundo, además del índice también incluye lo relativo a escuelas, servicios públicos, recreación y transporte (García y Sales, 2011).

Por su parte el Jacksonville Community Council es una organización que ha medido el bienestar y Calidad de Vida de sus habitantes por más de 25 años. Llevan una medición de más de 100 indicadores y forman parte de un desarrollo comunitario, lo más interesante es que tienen metas y acciones correctivas, de las cuales los ciudadanos participan activamente, generando así interés por su propio bienestar (García y Sales, 2011).

Basándose en los índices tanto de *The Economic* como el de *Mercer*, se realizó un trabajo para obtener el índice de calidad de vida de México, el equipo que coordinó la construcción de este índice fue un grupo de investigadores del Centro de Estudios sobre el Bienestar de la Universidad de Monterrey en conjunto con el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados. La lista de componentes seleccionados se adaptó a la cultura de la sociedad mexicana en base a la opinión del grupo coordinador. Los dominios de calidad de vida seleccionados fueron: Salud, economía, educación, seguridad, buen

gobierno, vida comunitaria y bienestar personal (García y Sales, 2011).

Los principales resultados fueron: el alto valor que los mexicanos le dan a su estado de salud con un 8.03 (de una escala del 1 al 10). En contraste, el aspecto que más bajo consideran es la facilidad para encontrar trabajo adecuado con un 5.66. Dentro de los valores bajos se encuentra también la capacidad de las autoridades para enfrentar la inseguridad y a la honestidad. Respecto a elementos de la vida comunitaria y del bienestar personal alcanza calificaciones relativamente altas, con la excepción de la disponibilidad del tiempo libre (García y Sales, 2011).

Respecto a los estratos sociales, el grupo del estrato medio bajo es el que mostró un índice de calidad de vida superior con 7.34, el estrato medio alto 7.31, sorprendentemente el estrato alto muestra el índice más bajo con 7.09 (García y Sales, 2011).

Estas investigaciones sobre el índice de calidad de vida reflejan lo complejo que puede ser medirla, y de igual manera lo subjetivo que puede ser la percepción de calidad de vida de cada persona. Se podría esperar que si se pertenece a un estrato social alto al menos económicamente su calidad de vida presentaría mejoras, sin embargo, los resultados obtenidos por García y Sales (2011), que si bien, las diferencias son mínimas, es lo contrario a lo esperado.

3.6.1.2 Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018. Factores de riesgo psicosocial en el trabajo, identificación, análisis y prevención

Un avance importante en el país se dio en octubre de 2019, cuando entró en vigor la Norma 035 sobre riesgos psicosociales (NOM-035-STPS-2018).

El objetivo de esta norma es establecer los elementos para la identificación, análisis y prevención de riesgo psicosocial, así como promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo (NOM-035-STPS-2018). Lo que seguramente será de gran contribución en el fomento de la calidad de vida.

El campo de aplicación de la Norma Oficial Mexicana comprende todo el territorio nacional y se debe aplicar en todos los centros de trabajo, aunque varían los puntos que se deben cumplir según el número de trabajadores que existan en cada centro de trabajo (NOM-035-STPS-2018).

Los conceptos básicos que refiere esta norma, los cuales serán la base para poder identificar los riesgos y posteriormente su prevención, son los siguientes:

Entorno Organizacional Favorable: Aquel en el que se promueve el sentido de pertenencia de los trabajadores a la empresa; la formación para la adecuada realización de las tareas encomendadas; la definición precisa de responsabilidades para los trabajadores del centro de trabajo; la participación proactiva y comunicación entre trabajadores; la distribución adecuada de cargas de trabajo, con jornadas de trabajo regulares conforme a la Ley Federal del Trabajo, y la evaluación y el reconocimiento del desempeño (NOM-035-STPS-2018).

Factores de Riesgo Psicosocial: se refiere a todos aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o a actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado (NOM-035-STPS-2018).

Comprenden las condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente de trabajo; las cargas de trabajo cuando exceden la capacidad del trabajador; la falta de control sobre el trabajo (posibilidad de influir en la organización y desarrollo del trabajo cuando el proceso lo permite); las jornadas de trabajo superiores a las previstas en la Ley Federal del Trabajo, rotación de turnos que incluyan turno nocturno y turno nocturno sin períodos de recuperación y descanso; interferencia en la relación trabajo-familia, y el liderazgo negativo y las relaciones negativas en el trabajo (NOM-035-STPS-2018).

3.6.1.3 Propuesta de modificación al artículo 76 de la Ley Federal del Trabajo

Lo que se planteó en esta propuesta fue aumentar los días de vacaciones, los cuales no sean menos de 20 días al año, debido a que México es de los países que menos días de descanso tienen al año, (sin contar los días festivos), lo que impide el descanso y reparo adecuado para el cuerpo, deteriorando así la salud (Oyervides, 2016).

El planteamiento del problema de esta propuesta se basa en un estudio reciente publicado por la Organización Mundial de la Salud, el cual reconoce que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las entidades para las que trabajan (Oyervides, 2016).

El estrés en el trabajo se presenta cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control. Aunque no es una enfermedad, el estrés laboral es una condición que trae consigo un conjunto de enfermedades y/o reacciones asociadas. A la fecha se han realizado diversos estudios que concluyen identificando y asociando al estrés las siguientes enfermedades: ataques de asma, problemas cardiovasculares como ritmo cardíaco irregular, endurecimiento de arterias y ataques al corazón. Problemas gastrointestinales como gastroenteritis, colitis, dolor de estómago y diarrea. Dolores musculares como dolor de cabeza, espalda y mandíbula. Y finalmente el insomnio se encuentra estrechamente relacionado con el estrés (Oyervides, 2016).

En la propuesta se refiere que existen estudios científicos que demuestran la correlación entre algunos de los efectos, reacciones y enfermedades asociadas al estrés laboral y las vacaciones tomadas por los trabajadores.

En México la Ley Federal del Trabajo vigente, en su artículo 76 establece que los trabajadores que tengan más de un año de servicios disfrutarán de un período anual de vacaciones pagadas, que en ningún caso podrá ser inferior a seis días laborables, y que aumentará en dos días laborables, hasta llegar a doce, por cada año subsecuente de servicios, situación que, según estudio de Mercer, posiciona a México como el país con el menor número

de vacaciones en América Latina (Oyervides, 2016).

Las consecuencias son identificables, Regus, empresa líder de soluciones innovadoras para el espacio de trabajo, realizó una encuesta en conjunto con el propio Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los resultados revelan que México ocupa el primer lugar entre los países con mayor estrés laboral en el mundo (Oyervides, 2016).

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 43 % de los adultos mexicanos padecen estrés. En dicho estudio se revela que el 75 % de la población en México tiene padecimiento de estrés, es precisamente por causas de tipo laboral y aún más alarmante, la cifra que nos proporciona la empresa GNP seguros, nos indica que el 25 % de los infartos se derivan de una enfermedad ligada a la misma causa (Oyervides, 2016).

Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), quien agrupa a 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo, refiere que aunque estar de vacaciones pareciera ser un tiempo improductivo, en realidad resulta ser lo contrario, descansar es fundamental para tener una buena capacidad de respuesta, resolver problemas complejos y recordar datos; habilidades necesarias para trabajar productivamente (Oyervides, 2016).

Otro factor sobresaliente al analizar la importancia de las vacaciones radica en el tiempo que tiene el trabajador para cumplir satisfactoriamente su rol dentro de una familia y de una sociedad. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), recomienda que los empleadores aumenten la flexibilidad en la organización del tiempo de trabajo, de modo que las horas de trabajo y las vacaciones se puedan organizar de acuerdo con las necesidades personales de los trabajadores. Esto porque, han comprobado que el tiempo de trabajo tiene un impacto significativo en el cumplimiento de las responsabilidades familiares (Oyervides, 2016).

Si bien, la propuesta del aumento de los 20 días al año fue rechazada, sería favorable para el país que se retomaran propuestas similares ya que aumentar los días de descanso

ayudaría a mejorar la Calidad de Vida de los trabajadores. Además, esto es una muestra de que el tema sobre el tiempo de descanso de los trabajadores está pasando de la discusión académica al ámbito de lo legislativo.

3.6.1.4 Derechos laborales: una mirada al derecho a la calidad de vida en el trabajo

El objetivo de esta publicación es sustentar la calidad de vida en el trabajo como derecho humano laboral. La calidad de vida en el trabajo es un constructo multidimensional y complejo que hace referencia principalmente a la satisfacción de diversas necesidades de las personas, como reconocimiento, estabilidad laboral, equilibrio empleo-familia, motivación, seguridad, entre otros, todo esto mediante un trabajo formal y remunerado (Patlan,2016).

En específico, el equilibrio empleo-familia es un factor importante para el tema de la presente tesis, puesto que tanto el tiempo de traslado como las jornadas laborales reducen el tiempo para estar con la familia, que este aspecto se encuentre dentro de los factores para sustentar la calidad de vida como derecho humano es una muestra más de que son temas que ya se están hablando más allá de la parte teórica.

Para Reynoso 2006, (en Patlán 2016), el trabajo, además de ser una actividad económica, representa un espacio de desarrollo y desenvolvimiento del trabajador, el cual le permite aplicar sus habilidades, obtener un ingreso remunerado y realizar aportaciones en beneficio de la sociedad. También resalta que el trabajo tiene una importante trascendencia en la vida económica, política y social, y surge la necesidad de organizarlo y establecer leyes laborales que permiten regular las relaciones laborales.

Por su parte, la Ley Federal del Trabajo establece en su artículo segundo que el trabajo digno o decente es aquel en el que se respeta plenamente la dignidad humana del trabajador.

Además, se establece que el trabajo digno y decente incluye el respeto irrestricto a los derechos colectivos de los trabajadores tales como la libertad de asociación, de autonomía, el

derecho de huelga y de contratación colectiva. Finalmente, se elimina la discriminación de la mujer en el trabajo (en Patlán, 2016).

Por su parte, Azuela (2012, en Patlán 2016) señala el principio y derecho fundamental indiscutible de que el trabajo no es una mercancía y bajo ningún contexto es un artículo de comercio, sino que constituye en un derecho.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2006, en Patlán 2016), los trabajadores representan la mitad de la población en todo el mundo y son las personas quienes contribuyen en mayor medida al desarrollo económico y social de muchos países. Por tanto, para Salanova (2009, en Patlán 2016) la salud y el bienestar de los trabajadores son trascendentales. En este sentido, la salud ocupacional (SO) se refiere al completo estado de bienestar físico, mental y social en relación con el trabajo y el contexto laboral y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia de origen laboral.

El objetivo de la calidad de vida en el trabajo está centrado en alcanzar una mayor humanización del trabajo mediante el diseño de mobiliario más ergonómico, con condiciones más seguras y saludables, así como organizaciones más eficaces, democráticas y participativas con capacidad para satisfacer las necesidades y demandas de sus miembros y para ofrecerles oportunidades de desarrollo profesional y personal (Segurado y Agulló, 2002, en Patlán 2016).

Existe la necesidad de que toda persona desempeñe su trabajo en un entorno y contexto organizacional en el que pueda tener calidad de vida en el ámbito laboral. Es decir, son las posibilidades que ofrece la organización y el trabajo a la persona para satisfacer diversas necesidades y expectativas personales, particularmente en el ámbito laboral y profesional, mediante un trabajo creativo, saludable y seguro, primordial para su realización personal, familiar y social, además de que pueda preservar su salud y economía (Patlán, 2012 en Patlán 2016).

Para que el trabajador cuente con calidad de vida laboral, se requiere necesariamente

tener el derecho a diversos factores que permitan al trabajador su desarrollo y cumplimiento de necesidades. Para lo cual este artículo propone 18 dimensiones que se encuentran agrupados en 4 factores (Patlán, 2016). Se muestran los detalles en la tabla 1.

Tabla 1

Calidad de vida en el Trabajo como Derecho Humano

Dimensiones propuestas para que la calidad de vida en el trabajo sea un derecho humano laboral			
Factores individuales	Factores del ambiente de trabajo	Factores de la organización y el trabajo	Factores del entorno sociolaboral
Derecho a desempeñar un trabajo que proporcione equilibrio entre el trabajo y la familia	Derecho a condiciones y ambiente de trabajo positivo y agradable	Derecho a un trabajo enriquecedor y significativo	Derecho a participar en la toma de decisiones en el trabajo
Derecho a desempeñar un trabajo satisfactorio	Derecho a la seguridad y salud en el trabajo	Derecho a una retribución económica adecuada por el trabajo desempeñado	Derecho a la libertad de establecer relaciones interpersonales en el trabajo
Derecho a un trabajo que proporcione desarrollo laboral profesional		Derecho a la autonomía en el trabajo	Derecho a recibir retroalimentación por el trabajo desempeñado
Derecho a desempeñar un trabajo motivante		Derecho a la estabilidad laboral	Derecho a recibir apoyo de la organización para el desempeño del trabajo
Derecho al bienestar en el trabajo		Derecho a trabajar dentro del horario legalmente establecido	Derecho a ser reconocido por el trabajo desempeñado
			Derecho a un trato justo y digno en el trabajo

Nota. Cuadro realizado a partir de *Calidad de vida en el trabajo como derecho humano laboral*.

(Patlán, 2016).

Si bien, la calidad de vida en el trabajo es un concepto que se enfoca a satisfacer diversas necesidades humanas que pueden ser compensadas mediante un trabajo, muchas empresas han tomado la iniciativa para satisfacer dichas necesidades mediante estrategias y

acciones para implementar programas de calidad de vida laboral, sin embargo, no existe la normatividad o el precepto que establezca la obligatoriedad de las organizaciones tanto públicas como privadas para desarrollar y proveer entornos laborales con mejores niveles de calidad de vida laboral (Patlán, 2016).

Por tal motivo se debería considerar la calidad de vida laboral como un derecho laboral y estar sustentado por la Ley Federal del Trabajo dado que es la encargada de salvaguardar las relaciones de trabajo a que hace referencia el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Patlán, 2016).

Considerar la calidad de vida en el trabajo como derecho laboral sería un gran logro, pues ya no se trata solo del tema monetario, o del bienestar físico, la salud mental de los trabajadores es primordial, la aprobación de la Norma 035 es una muestra de que estos temas se encuentran presentes y se continuarán promoviendo.

3.6.1.1 Espacios verdes públicos y calidad de vida

Este trabajo fue publicado como artículo, “Espacios verdes y la calidad de vida”, es relevante puesto que las áreas verdes podrían contribuir de manera significativa en la calidad de vida de los habitantes de la zona metropolitana (Rendón, 2010).

Los espacios verdes son todas aquellas áreas consideradas ya sea como parques, jardines, corredores peatonales y viales, destinados a beneficiar ecológica y visualmente el transitar de los habitantes de las ciudades. Si bien prometen beneficios sociales y ecológicos, asociados a la calidad ambiental, también se encuentran estrechamente relacionado con la calidad de vida al ofrecer una sensación de bienestar a los habitantes que transitan esos espacios (Rendón, 2010).

De acuerdo con el Informe Técnico emitido en 2001 por el grupo de Expertos sobre Medio Ambiente Urbano, de la Dirección de Medio Ambiente de la Unión Europea, la presencia

de estos espacios son uno de los principales indicadores para el logro de la sostenibilidad de las ciudades (Rendón, 2010).

En función estética, los espacios verdes embellecen las ciudades, haciendo un viaje accesible y atractivo, ya sea vía peatonal o vehicular. Uno de los objetivos del estudio, fue procesar el desarrollo sustentable a la de calidad de vida urbana, descongestionando y enfatizando el valor de los espacios verdes no solo para los que viven en la zona, sino que al ser espacios públicos están a disposición de todos los estratos sociales. Para poder cumplir con dicho objetivo, debe contar con normatividades urbanas, que sea correctamente aplicada y planificada, con adecuada distribución geográfica, como también accesibilidad (Rendón, 2010)

La conclusión de este estudio menciona que el lugar donde se vive condiciona y determina las actitudes y deseos, por lo que la premisa es: entre más espacios verdes públicos, mayor será la calidad de vida de los habitantes (Rendón, 2010)

La página de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda, que corresponde a la Ciudad de México, como en la página de la Secretaría del Medio Ambiente correspondiente al Estado de México, se describen proyectos para rescatar y construir espacios públicos, con el fin de que sean parte de la identidad cultural urbana, fomentar la caminata y además de elevar la calidad de vida de sus habitantes.

Tal vez las áreas verdes podrían parecer de menor importancia que las legislaciones para el aumento de vacaciones o que la calidad de vida en el trabajo sea un derecho, sin embargo, es un factor visual que contribuye y suma puntos en el fomento de calidad de vida de los mexicanos.

3.6.2 Investigaciones relacionadas con jornada laboral

3.6.2.1 Justificaciones médicas de la jornada laboral máxima de ocho horas

Lo que respecta a la jornada laboral, un artículo publicado en 2007, por la Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social, se enfoca en la justificación médica de la jornada laboral

máxima de ocho horas.

Durante algunas décadas se habían propuesto en diversos países del mundo reducir las largas jornadas laborales. Pero en México, fue hasta 1917 cuando la Declaración de Derechos Sociales resolvió apegarse a la postura de que la jornada máxima de trabajo fuera de ocho horas en el turno diurno, siete horas en turno nocturno y siete horas con treinta minutos en turno mixto. Todo esto bajo la premisa de que el excesivo ejercicio cotidiano del trabajo por arriba de ese límite de horas ocasionaba efectos negativos graves en la salud de los trabajadores. Si bien este argumento parecía justo y humanitario, en realidad no había bases médicas, clínicas y mucho menos epidemiológicas que demostrarán que existían efectos nocivos sobre la salud de los trabajadores relacionados a las largas jornadas laborales (Haro et al, 2007).

Gracias a los avances médicos que se tienen hoy en día, existen estudios médicos relacionados con las consecuencias que pueden provocar largas jornadas, por lo cual se puede sustentar aún mejor que la jornada laboral no debería exceder las ocho horas al día, tal como se establece en la Ley Federal del Trabajo (Haro et al, 2007).

Hoy se conoce que situaciones laborales extraordinarias, que han alcanzado o incluso rebasado las doce horas de trabajo, o más de 60 horas a la semana, está relacionado con disminución del desempeño y eficiencia en el trabajo, errores en el cumplimiento de los sistemas de seguridad laboral, aumento de síntomas de fatiga, disminución del estado de alerta y acortamiento del periodo destinado al sueño (Haro et al, 2007).

En trabajadores de alrededor de 40 años, quienes suelen extender su jornada laboral más allá de las ocho horas, o bien trabajan en fines de semana, se ha demostrado un riesgo relativo puntual de hasta 1.7 de triglicéridos altos, además de un aumento significativo del índice de masa corporal. Y por si esto fuera poco, también se han visto aumento de sufrir trastornos cardiovasculares como por ejemplo hipertensión arterial, de hasta un 40%. Con esto se prueba que al exceder la jornada de trabajo no solo se incumple un marco jurídico, sino que

se promueven manifestaciones importantes en la fisiología integral del trabajador, independientemente de factores que pueden enfatizar dichos cambios, como son; sexo edad, tipo de trabajo, turno diurno o nocturno (Haro et al, 2007).

Respecto a los efectos del cortisol, se conoce que la alta generación de cortisol se encuentra relacionado con el estrés, se asocian fenómenos negativos como el aumento de ritmo cardiaco, la presión arterial, y en consecuencia también las enfermedades cardiovasculares, cuya aparición muy posiblemente la falta de espacios para la recuperación en periodos de descanso o de esparcimiento que debería darse después de la jornada laboral, sobre todo en trabajadores que realizan actividades de oficina, debido a que con regularidad el estrés que presentan es crónico, acompañado de una vida ocupacional desgastante (Haro et al., 2007).

La fatiga es la condición más antigua y reconocida que acompaña al trabajo cuando se practica por periodos largos sin posibilidades de recuperación física y mental de la persona. Cuando llegaron las maquinas se creyó que la fatiga desaparecería, pero sus efectos aparecieron sobre quienes las dirigían, por lo que surgen dos tipos de fatiga; cuando no había maquinas la fatiga que se observó fue la física, posterior apareció la fatiga mental. Dicho de otro modo, la fatiga física corresponde al trabajador ocupado y la fatiga mental corresponde al trabajador preocupado (Anguera 1964, en Haro et al, 2007).

Por fortuna, se ha determinado que la fatiga es reversible, en donde las personas pueden restablecer sus capacidades físicas y mentales que les permite desempeñar nuevamente sus actividades de manera satisfactoria (Haro et al, 2007).

La Organización Internacional del Trabajo ha encontrado qué en los países en desarrollo, 15 a 30% de la fuerza de trabajo labora jornadas mayores a ocho horas, con horarios irregulares, añadiendo horas o jornadas durante el fin de semana (Fischer, 2004 en Haro et al 2007).

A pesar de los diversos estudios, del aumento de incidencias de los accidentes de

trabajo, trastornos de sueño, incluso en trastornos de orden gastrointestinal y musculoesquelético, trabajar más que las horas estipuladas, por grandes periodos, es una característica de la sociedad industrial moderna. El entorno social es cada vez más demandante, en donde se exige alta eficiencia en el trabajo, lo cual es un reto ineludible para los responsables de la salud ocupacional a nivel mundial (Haro et al, 2007).

Existen nuevas concepciones y propuestas de la contratación obrero-patronal, y deben ponerse en perspectiva, por un lado, la vulnerabilidad del trabajador al momento de elegir aceptar el número de horas y turnos a laboral que le ofrecen las empresas y por otro las propuestas laborales que pueden enmascarar los efectos negativos a la exposición de jornadas mayores a ocho horas bajo el argumento de obtener un mayor ingreso, lo que impide al trabajador reflexionar que el tiempo extra implica pérdida de salud, lo que resulta que ese dinero extra simplemente es una indemnización adelantada, ya que está comprobado que laborar más de ocho horas acelera la pérdida gradual de las capacidades para un buen desempeño laboral o promueve la aparición temprana de condiciones patológicas irreversibles (Haro et al, 2007).

La conclusión del artículo enfatiza que la determinante universal que fija ocho horas al día para dedicarlo al trabajo cuenta con suficientes evidencias de carácter médico para que continúe sin cambios, a fin de mantener el sano equilibrio con el resto del tiempo, dedicado a otras actividades cotidianas como familia, sociedad y reposo, sin tomar en cuenta los tiempos de traslado hogar-trabajo-hogar que indudablemente se consume en las grandes ciudades (OMS 1995, en Haro et al, 2007).

También se menciona que un reto importante sería el establecer nuevas estrategias que proporcionen entrenamiento, información y asesoría para los trabajadores dando a conocer la importancia del descanso previo y posterior a sus labores, ya que tiene la misma o hasta mayor relevancia que el trabajo en sí, ya que la calidad del descanso determinará el desempeño y satisfacción de sus actividades (Haro et al, 2007).

Sin duda es un logro que se encuentre establecido en la Ley que la jornada laboral no sea mayor a ocho horas al día, por el contrario, es un tanto ambiguo el trabajo de horas extras, por eso el gran reto es que empresas con actividades principalmente operativas le den importancia real a la salud mental del trabajador, pues en muchas de ellas se promueve que “pueden trabajar tiempo extra”, (aunque sea casi obligatorio), lo cual para los trabajadores representa mayor ingreso por lo que terminan aceptado las condiciones de trabajo, aunque las jornadas diarias sean mayor a ocho horas y en ocasiones hasta se doblen turnos, pero como se revisó en párrafos anteriores, contribuye al deterioro físico y mental de los trabajadores a mediano o largo plazo.

3.6.2.2 Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo

Este artículo consta de una revisión bibliográfica de estudios realizados en los últimos 10 años sobre los efectos de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Llama la atención los efectos que las condiciones adversas del trabajo tienen sobre los sistemas cardiovascular, musculoesquelético, endocrino, gastrointestinal, así como su incidencia en la diabetes tipo II, en los desórdenes del sueño, las disrupciones en la relación trabajo-familia y en trastornos como depresión, ansiedad y alteraciones psiquiátricas menores (Vieco y Abello, 2014).

El trabajo es la actividad más común a todos los habitantes del planeta y la mayor fuente de desarrollo y bienestar económico, personal y social en cualquier comunidad. No obstante, en el contexto laboral se originan múltiples factores de riesgo para la salud biopsicosocial del individuo y su entorno. Desde los años 80 hay preocupación internacional sobre los riesgos biopsicosociales de origen laboral que generan incapacidades, ausentismo, enfermedades crónicas, pensiones por invalidez, accidentes fatales y no fatales (Vieco y Abello, 2014).

Uno de los artículos de la Revista Social Science and Medicine en 2005, indica que en Canadá se evaluó la contribución de la estructura ocupacional y la organización en el trabajo

a la presencia de distrés psicológico. El análisis mostró que las exigencias físicas y psicológicas, los horarios irregulares y el acoso en el trabajo aparecen como factores determinantes de los trastornos psicológicos. Además, la situación familiar, el apoyo de redes sociales fuera del trabajo y la personalidad están asociados al distrés, pero estos factores no moderan los efectos de las condiciones de la organización del trabajo. Los resultados respaldan la hipótesis de que la ocupación y, en mayor medida, las condiciones de la organización del trabajo contribuyen de manera independiente al distrés (Vieco y Abello, 2014).

Otro estudio importante mencionado en Vieco y Abello (2014), se realizó en una importante empresa prestadora de servicios de salud del Departamento de Antioquia, Colombia, con 346 médicos especialistas en medicina familiar, se encontró una prevalencia del 6,5% de burnout asociado a altas demandas cognitivas, elevadas demandas emocionales (atención de pacientes con sufrimiento emocional y físico) y necesidad de esconder sus propias emociones durante la jornada laboral.

Lo anterior muestra el deterioro físico, psicológico y emocional que pueden ocasionar las fuertes cargas de trabajo y largas jornadas laborales, si bien la Norma 035 aborda varios de estos aspectos, es importante continuar fomentando que se deben respetar las jornadas laborales de ocho horas al día, lo que le permitiría a la persona realizar otras actividades recreativas que ayuden al distrés tales como el ejercicio o simplemente la convivencia familiar.

3.6.3 Estudios relacionados con tiempo de traslado en la zona metropolitana

3.6.3.1 Área metropolitana de la ciudad de México, Prácticas de desplazamiento y horarios laborales

Si bien el trabajo realizado por Navarro y Guevara fue realizado en año 2000, es importante mencionarlo porque formo parte de un gran proyecto de evaluación sistemática e integrada en un aspecto central de la problemática ambiental. En años anteriores a este trabajo ya se habían hecho investigaciones y estudios sobre la contaminación del aire en las grandes

ciudades, centrándose solamente en las emisiones contaminantes, pero este proyecto fue el primero en plantear una evaluación integral que involucrara los factores tecnológicos, sociales humanos, de salud y económicos, temas que son de gran importancia para la elaboración de políticas ambientales de las grandes ciudades (Navarro y Guevara, 2000).

Navarro y Guevara (2000), mencionan que la armonización entre ciudad y transporte es el principal reto del desarrollo sustentable. Ya que existe una paradoja entre transporte y contaminación, la opción sería un transporte masivo electrificado, lo cual podría satisfacer la demanda de transporte, pero la contraparte es que también existe una alta aspiración individual de disfrutar una movilidad independiente.

La movilidad urbana se entiende como el conjunto cotidiano de prácticas de desplazamiento de los habitantes de la ciudad. Actividades que se definen a partir del rol familiar, destacando las prácticas del trabajo y el estudio (Navarro y Guevara, 2000).

Respecto al método que tuvo dicho trabajo, se realizaron encuestas en las 16 delegaciones del entonces Distrito Federal y los 17 municipios del Estado de México que comprenden en conjunto la zona metropolitana del Valle de México (Navarro y Guevara, 2000).

Algunos de los datos sobresalientes fueron los siguientes.

El principal motivo de transportación de los jefes de familia fue el trabajo con un 78.11%. Mientras que para las cónyuges fue el regreso a casa con 78.81%, para los hijos el estudio fue el principal motivo para transportarse con un 50.92%.

Los principales medios de transportes utilizados por el jefe de familia fue el automóvil con un 41.26 %, y en segundo plano el colectivo (pesero) con un 20.05%, mientras que tanto las cónyuges como los hijos su principal medio de transporte lo reportan como el colectivo (pesero) con un 33.99% y en segundo lugar el automóvil particular con un 20.20 %.

De acuerdo con los datos obtenidos por Navarro y Guevara (2000), en un día típico de transportación aproximadamente el 50% requiere de 30 minutos a dos horas para realizar sus traslados. **El tiempo recorrido total diario por jefes de familia, se reporta con un mínimo**

de tiempo de 30 minutos con 8.92%, y con máximo de hasta cuatro horas se registra un porcentaje de 4.35%. Los resultados más altos fueron: de 31 minutos a una hora de traslado con un 13.80%, de hora y media a dos horas con un 12.77% y finalmente de una hora a hora y media con un 12.03%.

Algunas de las propuestas realizadas fueron: Mejor uso de infraestructura y servicios existentes, y para poder lograrlo se requiere desarrollar una propuesta institucional, con adecuaciones Jurídico-Administrativas (Navarro y Guevara, 2000).

Este estudio tiene más de 20 años de haberse publicado, y fue de las primeras publicaciones en donde se abordaba la importancia en las mejoras en la infraestructura de los medios de transporte colectivo, pues de estos depende la transportación de gran porcentaje de la población, sobre todo de los estratos económicos bajos.

También se resaltar que la movilidad urbana no se puede medir solo en un solo origen y destino, pues las diversas actividades económicas y sociales requieren de más de un solo destino al día. Lo que conlleva al congestionamiento vial, si bien desde hace 20 años el tráfico ya era un problema, este ha ido incrementando y con ello también el tiempo de recorrido, por eso es importante que existan mayores propuestas y sobre todo inversión en la infraestructura tanto de vías principales como en los diversos medios de transporte colectivos.

3.6.3.2 Encuesta origen-destino 2017

El estudio más reciente sobre movilidad en la zona metropolitana es la Encuesta Origen- Destino realizada en 2017 por el INEGI en conjunto con el Instituto de Ingeniería de la UNAM, la Ciudad de México y el Gobierno del Estado de México. Con este estudio se generaron datos de gran importancia para la planeación de la infraestructura vial, la relación entre estructura urbana, desplazamientos, además de que permite analizar las características sociodemográficas y movilidad (INEGI, 2017).

El objetivo general se enfocó en conocer la movilidad cotidiana de los habitantes de la

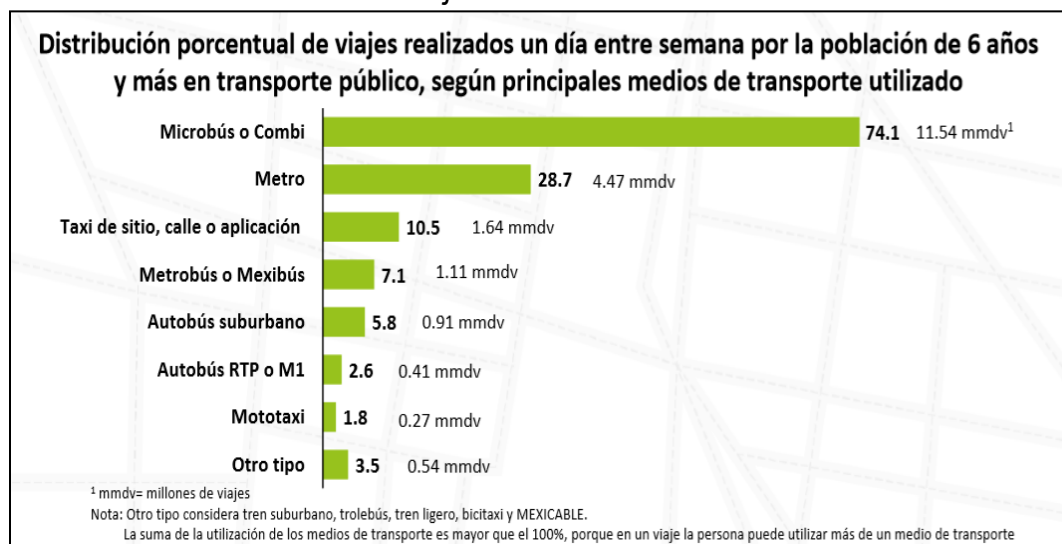
zona metropolitana del valle de México y las características de los viajes que realizan. Los objetivos específicos estaban enfocados a estimar la cantidad de viajes que se generan en un día entre semana, conocer las horas de mayor afluencia, saber el motivo, duración, medios de transporte utilizados, el tiempo y el costo de transportación (INEGI, 2017).

Excluyendo los viajes que se realizan solo caminando, en 2007 se realizaban 21.9 millones de viajes al día, mientras que en 2017 se obtuvo un resultado de 23.41 millones de viajes al día, además en esta última encuesta se obtuvo que se realizan 11.15 millones de viajes al día exclusivamente caminando (INEGI, 2017).

En transporte público se trasladan 15.57 millones, en transporte privado 7.29 millones y en bicicleta 0.72 millones. El medio de transporte público que más se utiliza es el colectivo (microbús o combi) con el 74.1%, es decir que 3 de cada 4 utiliza el colectivo para llegar a su destino. Otro dato importante es el promedio de tiempo que se realiza para llegar al trabajo, en **2007 se realizaban 59 minutos y en 2017 se muestra un ligero incremento de 63 minutos.** A continuación, se muestra de la figura 4 a la 7 los resultados más relevantes (INEGI, 2017).

Figura 4

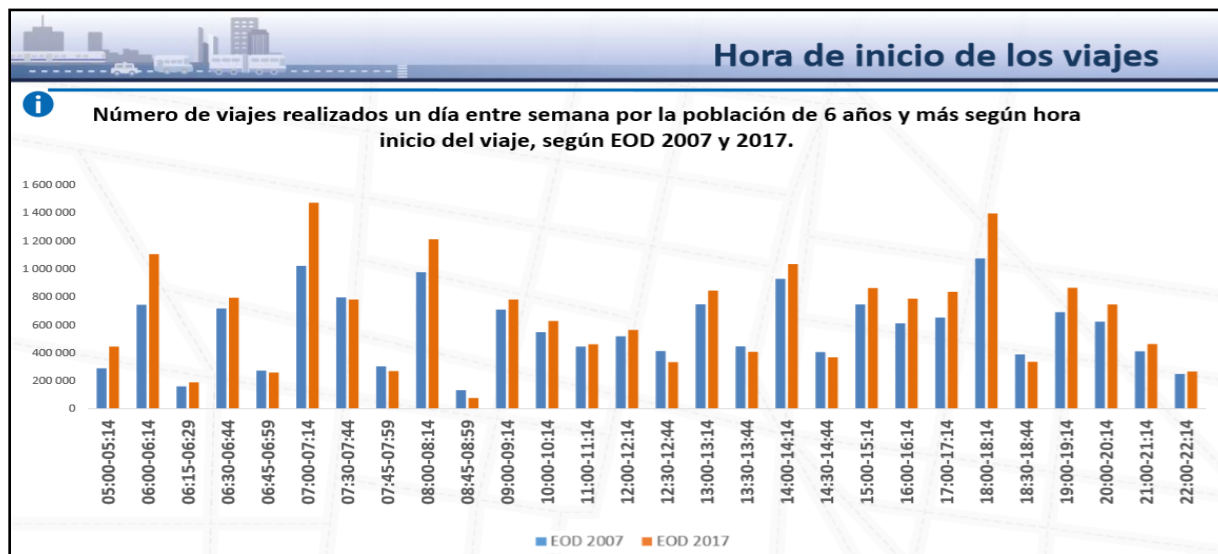
Distribución Porcentual de los Viajes realizados en un Día Entre Semana



Nota. Tomado de *Encuesta Origen - Destino en Hogares de la Zona Metropolitana del Valle de México* (INEGI, 2017).

Figura 5

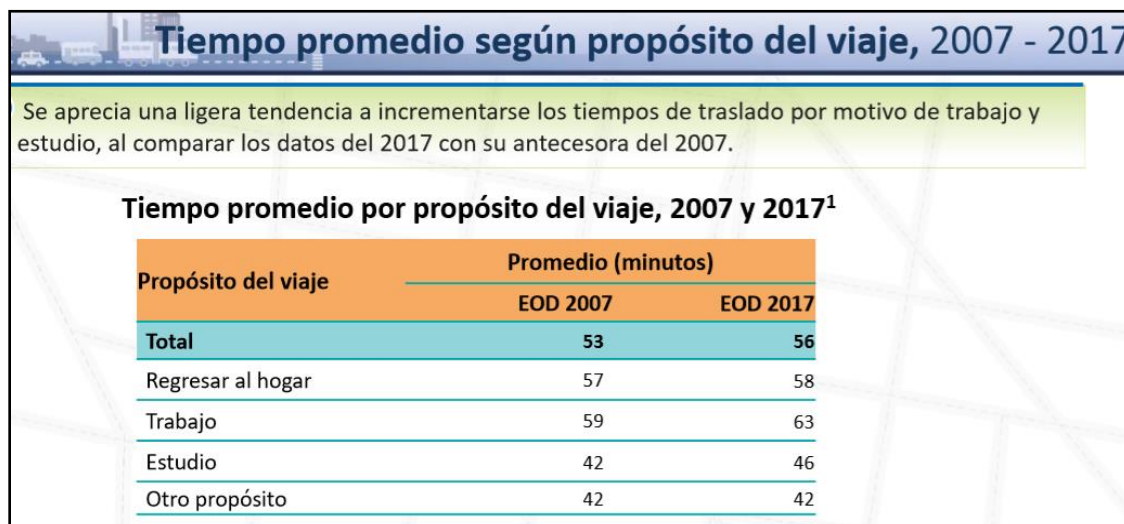
Horarios de Inicios de Viajes



Nota. Tomado de *Encuesta Origen - Destino en Hogares de la Zona Metropolitana del Valle de México* (INEGI, 2017).

Figura 6

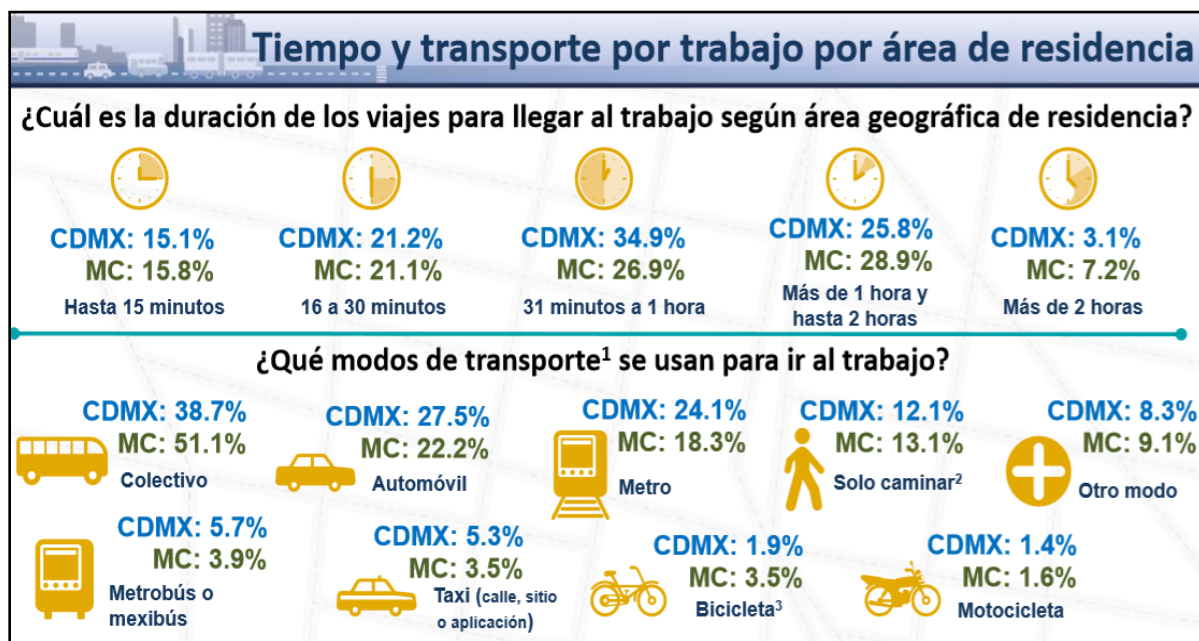
Tiempo Promedio según Propósito de Viaje



Nota. Tomado de *Encuesta Origen - Destino en Hogares de la Zona Metropolitana del Valle de México* (INEGI, 2017).

Figura 7

Tiempo y Transporte según Área de Residencia



Nota. Tomado de *Encuesta Origen - Destino en Hogares de la Zona Metropolitana del Valle de México* (INEGI, 2017).

Lo interesante de este estudio no solo es el promedio de tiempo que se invierte para trasladarse, pues 63 minutos para llegar al trabajo tal vez sea un tiempo moderado, lo que a este trabajo de tesis le es más preocupante es el grupo de la población que realiza entre una y dos horas para llegar a su trabajo, y aún más alarmante el grupo que invierte más de dos horas. Pues si a ese tiempo se le suma el regreso a casa, da un total de entre tres y más de cuatro horas al día las que pasan en el transporte, por eso sería importante conocer si el trayecto pudiera repercutir en la calidad de vida, ya que finalmente es tiempo que se le resta a su día.

3.6.3.3 Reforma al Artículo 311 de la Ley Federal del Trabajo en materia al Teletrabajo

Los antecedentes para este decreto señalan que las tecnologías y la comunicación (TI) están revolucionando las formas de interactuar y organizar el trabajo a nivel mundial y sostiene que hoy en día una persona puede emplearse en cualquier otra parte del mundo y realizar trabajo a distancia, a esto se le ha denominado Teletrabajo (Senado de la República, 2019).

Se menciona que durante el Diálogo Global realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se concluyó que los beneficios que brinda el teletrabajo para los trabajadores pueden variar de trayectos más cortos, menores gastos personales relacionados con el trabajo y un mejor equilibrio entre la vida laboral y familiar, incluyendo una mejor capacidad para equilibrar las responsabilidades profesionales y de cuidado y más oportunidades de trabajo (Senado de la República, 2019).

El beneficio de disminuir trayectos podría favorecer el tráfico que se vive a diario en la Ciudad de México, lo que también tiene gran relevancia en el tema tanto de movilidad como de calidad de vida.

Para los gobiernos, el teletrabajo puede ser una estrategia para abordar la congestión urbana y los problemas ambientales, y para promover oportunidades de empleo inclusivas para todos. En ese sentido, expone que el teletrabajo tiene potencial para construirse en una alternativa real de empleo para muchas personas, entre ellas, las personas con discapacidad, mujeres jefas de hogar y personas que viven en lugares de difícil acceso (Senado de la República, 2019).

La iniciativa establece que el teletrabajo supone varios desafíos que debe enfrentar relacionados con las tecnologías de la información o inclusive con servicios financieros, como la ciberseguridad, la privacidad o la exposición de información confidencial. Otro problema para enfrentar es que los trabajadores pueden presentar problemas psicosociales relacionados con

el aislamiento y líneas difusas entre el trabajo y la vida privada. También pueden tener menos acceso a la capacitación y percibir la falta de desarrollo profesional (Senado de la República, 2019).

Por otra parte, señala que el teletrabajo reviste importancia en determinadas situaciones como emergencias sanitarias o desastres, al contribuir a cumplir con las responsabilidades y objetivos de las organizaciones (Senado de la República, 2019).

En conclusión, la iniciativa tiene como objetivo, regular y promover el teletrabajo, como un instrumento de generación de empleo y autoempleo mediante la utilización de tecnologías de la información y las telecomunicaciones, al tiempo de que contribuye al loable propósito de lograr sociedades más incluyentes, participativas y con mejor calidad de vida, donde es posible conciliar vida, trabajo, reducir los efectos medio ambientales y el estrés en las personas por el uso de vehículos y transporte público, entre otros aspectos (Senado de la República, 2019).

Si bien es evidente que el teletrabajo favorece específicamente a puestos administrativos, queda claro que la contingencia sanitaria lo puso en auge, permitiendo que muchas empresas continuaran con su operación desde casa.

Es así como la Reforma representó un gran logro, dentro de los beneficios más notorios se observó la disminución del tráfico y por lo tanto mejoró la calidad del aire, al menos durante el semáforo rojo de la contingencia. En otros casos se confirmó que existen puestos que se pueden realizar desde casa sin mayor complicación, incluso en algunas empresas establecieron como permanente el trabajo desde casa de ciertos puestos, lo que permitió que incluso algunos de estos colaboradores pudieran mudarse fuera de la Ciudad.

4. Método

En el presente capítulo se describe la metodología de investigación correlacional utilizada en este trabajo para conocer si existe relación estadísticamente significativa entre el tiempo de traslado, tiempo de la jornada laboral y la calidad de vida.

Para realizar la investigación correlacional se incluye el planteamiento del problema y justificación de la investigación, pregunta de investigación, objetivos de la investigación, tipos de variables, hipótesis, participantes, características de la muestra, tipo y diseño de investigación, instrumento de medición y finalmente el procedimiento que se llevó a cabo.

4.1 Planteamiento del problema y justificación

Una de las características del trabajo en México son las largas jornadas laborales, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, México es el país con mayor número de horas trabajadas por semana, con un promedio de 48.4 horas a la semana (OCDE, 2021). Jornada laboral que apenas rebasa lo establecido en la Ley Federal del trabajo, en la cual se menciona que la jornada laboral diurna es de 8 horas.

De acuerdo con el Informe especial sobre el derecho a la movilidad 2011-2012, presentado por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y el Instituto de Políticas para el Transporte y el Desarrollo en México, **el tiempo promedio de desplazamiento en la zona Metropolitana es de una hora con 21 minutos** (Comisión de derechos humanos del Distrito Federal, 2013).

Datos posteriores, en la Encuesta origen-destino realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, indican que en la zona metropolitana una persona necesita en promedio 57 minutos, casi una hora para trasladarse al lugar de trabajo y 45 minutos para regresar a su hogar (INEGI, 2017). Es así como de manera global una persona que vive en la zona metropolitana invierte en su traslado un aproximado de 12 horas a la semana.

Ahora bien, si se suma la jornada laboral, el tiempo extra que con gran regularidad hay que cubrir, más el tiempo invertido para trasladarse al trabajo y de regreso a casa, es que surgen las siguientes preguntas e inquietudes: ¿Cuánto tiempo le resta a una persona para dedicarlo a otras actividades como la convivencia familiar; pareja, hijos, padres? ¿Cuánto tiempo para dedicarlo al cuidado personal o cualquier otra actividad recreativa o de ocio? ¿Cómo podría estar afectando esto en la calidad de vida de los empleados del área Metropolitana?

Es importante saber si las jornadas laborales y el tiempo de traslado les permiten llevar adecuados hábitos de vida, o bien de qué manera estos factores podrían ser una limitante. Por ejemplo, muchas de las enfermedades crónicas son el resultado de constantes conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales, las cuales realizan tanto dentro como fuera del trabajo. Es por lo que los cuidados médicos solo abarcan una parte del proceso de mejora, pero no se pueden sustituir los hábitos y condiciones ambientales saludables que representan una parte importante para la mejora y sobre todo para el mantenimiento de la salud (Oblitas, 2017).

Bandura (1977, en Oblitas 2017), menciona que la medicina preventiva ha incrementado la esperanza de vida de la población, pero la muerte prematura es consecuencia de los hábitos y condiciones ambientales perjudiciales los cuales podrían evitarse.

En la actualidad múltiples factores como el descontrol emocional, o control emocional excesivo, hábitos alimenticios inadecuados, predisponen a enfermedades cardiovasculares; hábitos como fumar, el cual está asociado con el cáncer, enfermedades respiratorias y cardíacas; la carencia de habilidades de comunicación, predisponen a padecer alteraciones en distintos sistemas biológicos, lo cual altera el estado de salud de la persona y por lo tanto también afecta la calidad de vida (Oblitas, 2017).

En los últimos años se ha dado importancia en aspectos preventivos de las

enfermedades, principalmente por los altos costos que representan los tratamientos. Además de que ha aumentado el interés en formular estrategias para sobrellevar enfermedades crónicas, como por ejemplo controlar el dolor, esto como medida para evitar el ausentismo laboral e incrementar la productividad de los empleados (Oblitas, 2017).

Principalmente en las grandes Ciudades existen múltiples estresores; delincuencia, ruido, contaminación, hacinamiento, el ritmo de vida es más acelerado y estresante, por lo que los habitantes de dichas ciudades se encuentran sometidos a más demandas ambientales, inconvenientes que afectan el tiempo empleado diariamente en el transporte. Esto al parecer disminuye la satisfacción y aumenta la percepción de inseguridad. Por lo que es importante conocer si el tiempo de traslado podría estar afectando significativamente la calidad de vida de los empleados (Aragones, 2010).

Uno de los objetivos del área de Recursos Humanos, es potencializar la satisfacción laboral, la salud, crear y mantener una vida laboral de calidad que haga deseable trabajar en la organización (Ivancevich 2004).

Debido a lo antes mencionado es que se requiere aportar información sobre las condiciones que podrían estar limitando o incluso afectando el bienestar de los empleados, la productividad y finalmente su calidad de vida. Por lo tanto, conocer si ha mayor tiempo de traslado al trabajo y mayor tiempo de la jornada laboral, disminuye la calidad de vida de los empleados, sería información importante tanto para los involucrados como para la misma psicología laboral, pudiendo ofrecer mejoras a las actuales condiciones de transporte y de jornada laboral en las que se encuentra la Ciudad de México.

4.2 Objetivo general

Identificar si existe relación estadísticamente significativa entre la duración de la jornada laboral y el tiempo de traslado al trabajo en la calidad de vida. Si ha mayor tiempo de la jornada

laboral y mayor tiempo de traslado al trabajo disminuye la calidad de vida de los empleados del área Metropolitana, o bien si ambas variables no repercuten en la calidad de vida.

4.3 Objetivos específicos

- Conocer cómo perciben los empleados que viven en el área metropolitana la calidad de vida.
- Identificar si alguna variable sociodemográfica de la muestra es relevante para su percepción de la calidad de vida.
- Conocer si el tiempo que tienen disponible para realizar actividades ajenas al trabajo cambia la percepción de calidad de vida.
- Identificar si existe relación o diferencia entre el tiempo de traslado y las características de la muestra.
- Conocer las relaciones o diferencias entre la jornada laboral y las características de la muestra.
- Verificar si el cuestionario construido para medir la calidad de vida a partir del banco de reactivos puede ser una escala con confiabilidad interna y validez.

4.4 Hipótesis

H. A mayor tiempo de la jornada laboral y mayor tiempo de traslado al trabajo disminuye la calidad de vida

Ho. El aumento del tiempo de la jornada laboral y tiempo de traslado al trabajo no repercute en la calidad de vida

4.5 Definición conceptual de variables

- Calidad de vida: "la percepción que una persona 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" (OMS. en Perea, 2011, p.15).
- Tiempo de traslado al trabajo: es el tiempo que transcurre para llegar al lugar de trabajo.
- Jornada laboral: es el tiempo durante el cual una persona se encuentra a disposición de un patrón para realizar sus servicios (Ley Federal del Trabajo, 1970).

4.6 Definición operacional de variables

- Calidad de vida: Puntaje global obtenido de la escala de calidad de vida, por cada uno de los participantes. Escala construida a partir del Banco de reactivos (Fiscal y Muñiz 2013).
- Tiempo de traslado al trabajo: Es el tiempo promedio en horas que invierte a diario cada empleado de su domicilio al lugar de trabajo.
- Jornada laboral: Es el tiempo total en horas de la jornada laboral más las horas extras que trabaja a diario una persona.

4.7 Muestra y muestreo

La muestra objetivo fueron los empleados que viven en el área metropolitana de la Ciudad de México.

El muestreo es no probabilístico, dirigido; ya que se eligieron a los participantes de acuerdo con las características de la investigación, (Hernández, 2006). En este caso se solicitó la participación voluntaria de personas que vivieran en la zona metropolitana y con al menos seis meses de antigüedad en su empleo.

Se solicitó la participación a 140 personas, algunas de ellas solicitaron que se les enviara el instrumento por correo, algunas otras pidieron llevarse el cuestionario impreso y regresarlo al día siguiente, sin embargo, algunos ya no los regresaron o enviaron la información, otros no respondieron completamente y por lo tanto fueron descartados, finalmente se obtuvo la participación de 101 personas.

4.8 Instrumento de aplicación

El cuestionario se formó a partir de un banco de 604 reactivos creados por Fiscal y Muñiz, los cuales están divididos en 7 factores; para formar el cuestionario que se aplicó para este trabajo, se agregaron tres reactivos de cada subfactor dando un total de 72 reactivos que conformaron el cuestionario inicial (Fiscal y Muñiz, 2013).

Para obtener la validez del instrumento se realizó un análisis factorial en donde se determinaron los nuevos factores y se eliminaron los reactivos que no se agruparon a ningún factor.

Como segunda fase se realizó un nuevo análisis factorial y un análisis de fiabilidad de los nuevos factores. Fueron eliminados los factores con menos de tres reactivos, conformando finalmente una escala de cinco factores; **factor trabajo, factor ámbito físico, factor ámbito psicológico, factor grado de independencia y factor relaciones de pareja**, dando en conjunto **un total de 32 reactivos** (Anexo 1). Se realizó la prueba de fiabilidad alfa de Cronbach de los 32 reactivos que conformaron la escala, dando como **resultado general $\alpha = 0.903$**

A continuación, se presentan los detalles de cada factor del cuestionario, tabla 2 a la 6.

Tabla 2*Reactivos del Factor 1 Trabajo, Peso Factorial y Alfa de Cronbach*

Factor 1	Reactivo	Peso factorial	Alfa de Cronbach
Trabajo	31. El sueldo que gano es:	.786	0.828
	5. El sueldo que percibo cubre mis necesidades:	.713	
	30. El ambiente de mi trabajo me:	.695	
	29. Mis compañeros de trabajo son conmigo:	.639	
	4. Cuando cometo algún error en mi trabajo, toman represalias:	.425	
	2. Mis ideas ayudan a la innovación de la empresa:	.861	
	1. Soy tomado en cuenta para tomar decisiones en mi organización:	.581	
	3. Me peleo con mis compañeros de trabajo:	.533	

Tabla 3

Factor 2 Ámbito Físico, Peso Factorial y Alfa de Cronbach

Factor 2	Reactivo	Peso Factorial	Alfa de Cronbach
Ámbito físico	15. Evito la actividad física:	.811	0.788
	16. Hago ejercicio:	.791	
	23. Mi actividad física se asocia como:	.730	
	24. Mi salud física puede describirse:	.673	
	11. He pensado en el suicidio:	.760	
	17. Consumo comida no balanceada (papas refrescos, alimentos fritos, dulces):	.645	
	22. Mi nutrición puede describirse como:	.517	
	18. La cantidad de comida nutritiva que consumo (cereales, carnes, vegetales, frutas, etc.) es:	.462	

Tabla 4

Factor 3, Ámbito Psicológico, Peso Factorial y Alfa de Cronbach

Factor 3	Reactivo	Peso Factorial	Alfa de Cronbach
Ámbito Psicológico	27. Me considero una persona:	.783	0.78
	25. Me describiría como una persona:	.614	
	6. Consigo trabajo gracias a mis habilidades:	.591	
	26. Soy alguien:	.554	
	14. Me irrito fácilmente:	.805	
	8. Me siento feliz con la familia que tengo:	.484	
	12. Tengo pensamientos negativos:	.376	

Tabla 5

Factor 4, Grado de Independencia, Peso Factorial y Alfa de Cronbach

Factor 4	Reactivo	Peso Factorial	Alfa de Cronbach
Grado de Independencia	7. Cuando me enfermo es por descuido propio:	.743	0.676
	9. Me considero una persona independiente	.680	
	13. Resuelvo mis problemas de la mejor manera:	.589	
	10. Cumplo mis metas con facilidad:	.408	

Tabla 6

Factor 5, Relaciones de Pareja, Peso Factorial y Alfa de Cronbach

Factor 5	Reactivo	Peso Factorial	Alfa de Cronbach
Relaciones de pareja	20. Las relaciones sexuales con mi pareja son placenteras:	.764	0.806
	32. Con mi pareja me siento:	.732	
	21. Mi pareja me hace sentir importante:	.716	
	28. Mis relaciones sexuales son:	.581	
	19. Tener relaciones sexuales me hace sentir:	.416	

4.9 Diseño y tipo de estudio

El diseño de investigación es no experimental ya que se observa el fenómeno tal como se da en su contexto natural por lo tanto no habrá manipulación de variables (Kerlinger y Lee, 2002).

Además, se trata de un estudio exploratorio, debido a que se examinan tres variables poco estudiadas en conjunto, jornada laboral, tiempo de traslado y calidad de vida (Hernández et al. 2014).

El tipo de estudio es transversal correlacional debido a que se describirán las relaciones entre las variables en un momento determinado (Hernández et al. 2014).

4.10 Procedimiento y análisis estadístico

Se acudió a diversos lugares concurridos de la zona Metropolitana, se abordó a los posibles participantes preguntándoles si les gustaría colaborar respondiendo un cuestionario para fines de una investigación de tesis, una vez que aceptaban se les realizaban las preguntas filtro; ¿vive en la zona metropolitana?, ¿trabaja actualmente?, ¿qué antigüedad tiene en tu empleo? A las personas que cumplían con los requisitos para la investigación se les explicó con mayor detalle la intención de la investigación, así como las instrucciones para responder el cuestionario, además de mencionarles que los datos obtenidos eran confidenciales y utilizados únicamente para fines estadísticos. Posteriormente se les proporcionó el cuestionario y bolígrafo. Algunos solicitaron que se les enviara el cuestionario por correo electrónico o bien, pidieron llevárselo a casa y entregarlo al día siguiente.

Para el análisis de esta investigación se empleó el paquete estadístico IBM SPSS® para Windows V22.0.

Las características sociodemográficas de la muestra se obtuvieron por medio de un análisis de frecuencias

Se sumaron los reactivos del cuestionario de calidad de vida para obtener el puntaje de la percepción de calidad de vida.

Lo que respecta al tiempo de la jornada laboral y tiempo de traslado se consideró el rango de tiempo en horas que los participantes seleccionaron en el apartado de datos personales.

Para conocer si existía relación entre las variables jornada laboral, tiempo de traslado y calidad de vida, se llevó a cabo una correlación Producto Momento de Pearson.

Para analizar las medias de las variables de investigación y las características sociodemográficas se realizó una prueba T de Student para aquellas con respuestas dicotómicas. Y para el caso de aquellas preguntas con más de dos respuestas se utilizó prueba One-Way ANOVA.

5. Resultados

En el siguiente apartado se muestran los resultados obtenidos de la presente investigación. El análisis de datos se muestra en dos secciones:

En la primera sección se presentan las características sociodemográficas de la muestra, por medio del análisis de frecuencias y los perfiles descriptivos referentes a las variables de estudio (jornada laboral, tiempo de traslado y percepción de calidad de vida).

La segunda sección corresponde al contraste de hipótesis en donde se presenta el análisis de asociación por medio de la prueba Producto momento de Pearson entre las variables de estudio. Además de las comparaciones realizadas mediante las pruebas T de Student y One-Way Anova.

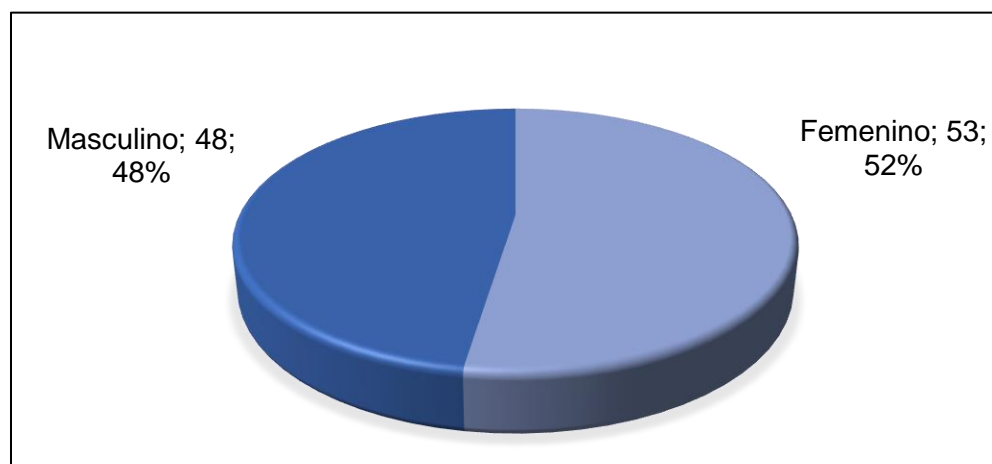
5.1 Características de la muestra

La muestra la conformaron 101 personas de la zona metropolitana con al menos 6 meses de antigüedad en su empleo.

Con respecto al género el 52% estuvo conformado por mujeres (Figura 8).

Figura 8

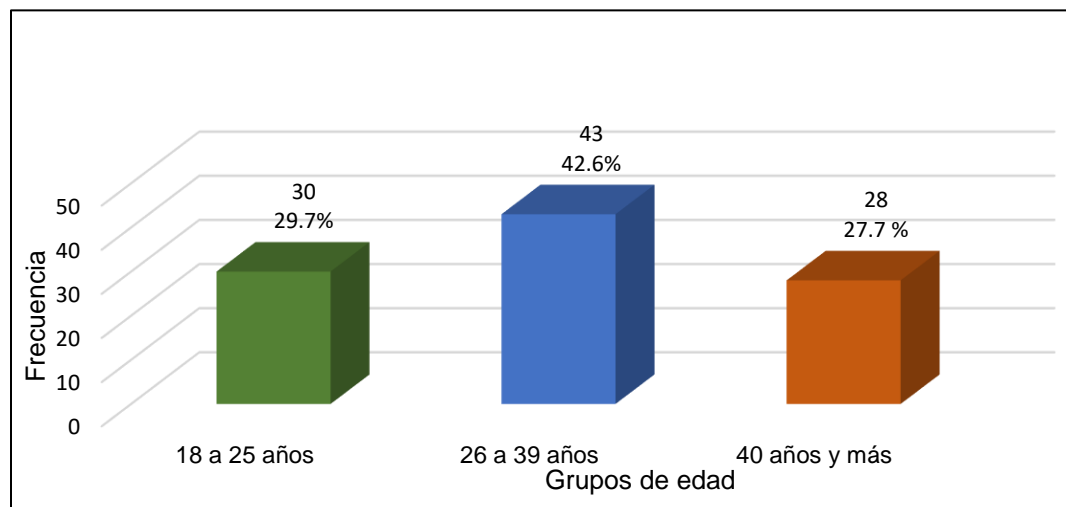
Distribución de la Muestra por Género



El rango de edad fue de 18 a 61 años, la media fue de 31.5 y la desviación estándar de 10.88. Siendo la mayor parte de la muestra el grupo que tiene entre 26 y 39 años, con un 42.6%. En la figura 9 se observan los detalles.

Figura 9

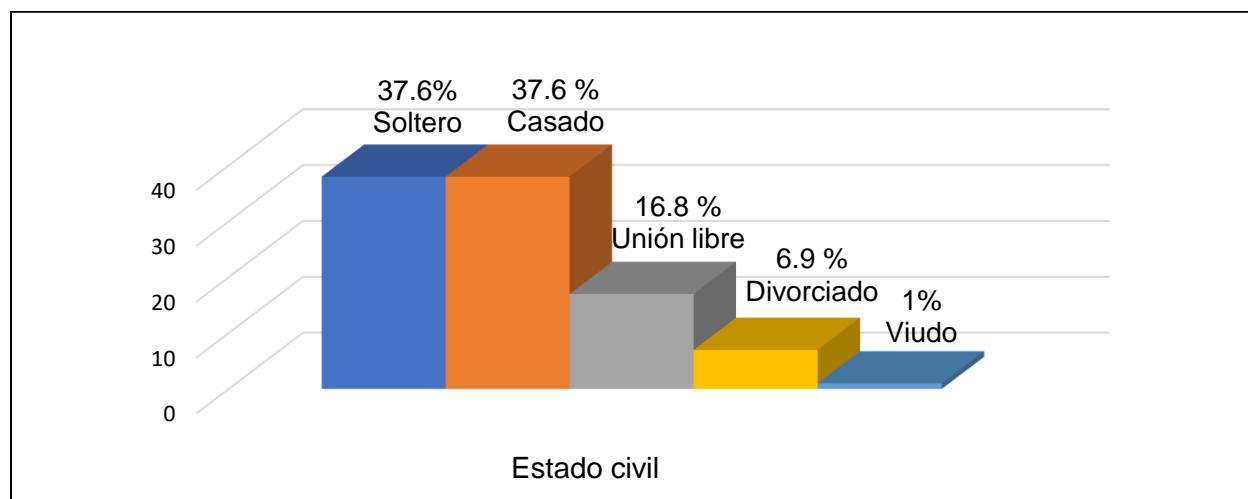
Distribución de la Muestra por Edad



Con respecto al estado civil, la mayor parte corresponde a solteros y casados, ambos con 37.6% (Figura 10).

Figura 10

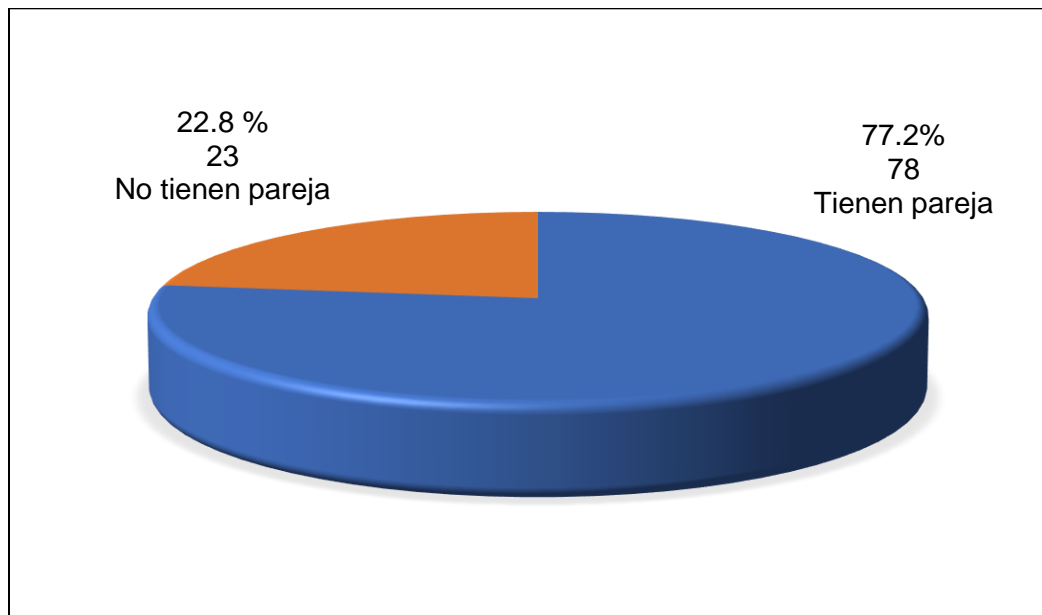
Distribución de la Muestra por Estado Civil



Debido a que el hecho de que sean solteros o divorciados no indica necesariamente que no tengan pareja, se adicionó una pregunta al respecto, dando como resultado que gran parte de la muestra, es decir 77.2% mencionan tener pareja (figura 11).

Figura 11

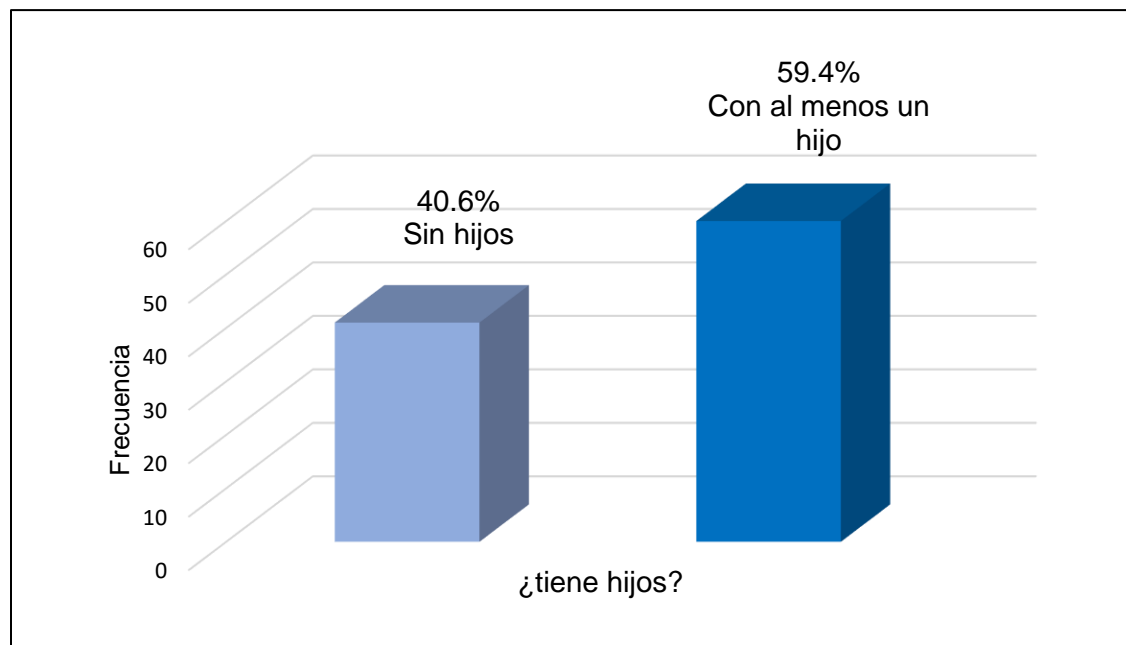
Distribución de la Muestra Respecto a si tienen Pareja



Respecto a si tienen hijos o no, más de la mitad indica tener al menos un hijo (figura 12).

Figura 12

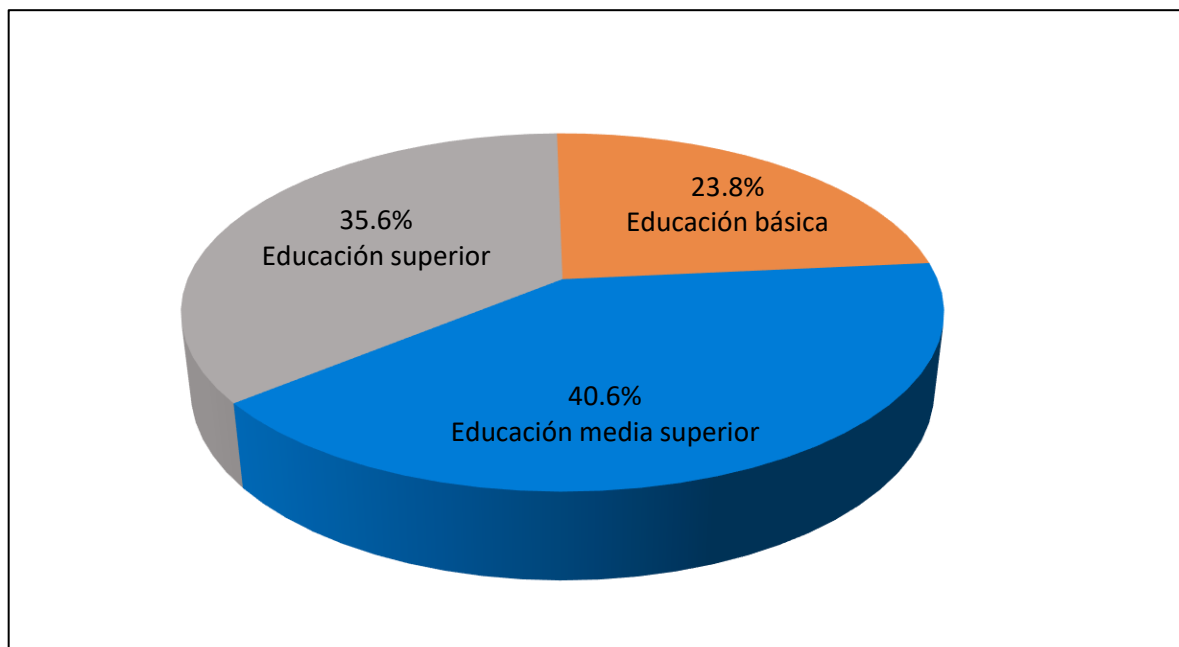
Distribución de la Muestra de acuerdo con a si tienen hijos



La distribución de la muestra de acuerdo con la escolaridad muestra que el grupo que destaca son aquellos que concluyeron hasta el bachillerado, siendo un 40.6% de los participantes (figura 13).

Figura 13

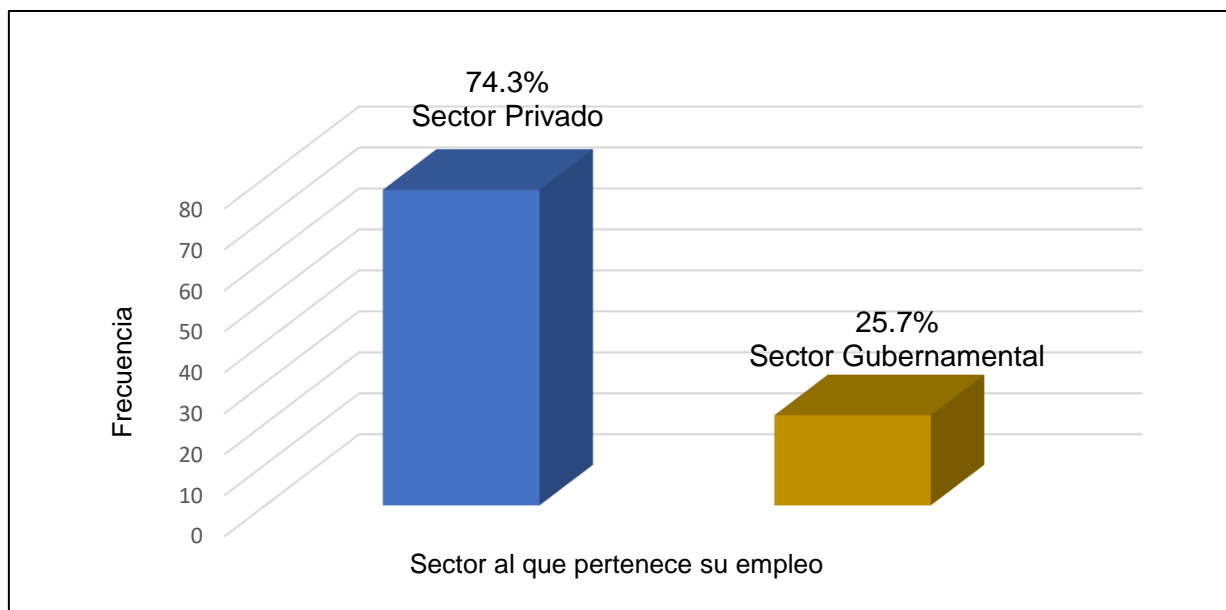
Distribución de la muestra por escolaridad



La mayoría de la muestra trabaja principalmente en el sector privado, es decir el 74.3%, como se observa en la figura 14.

Figura 14

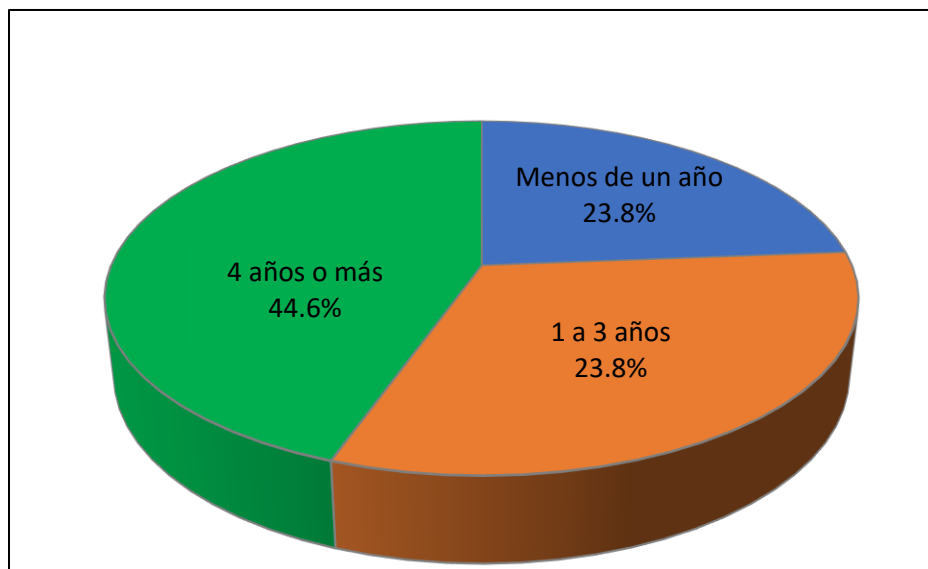
Distribución de la muestra por Sector al que Pertenece su Empleo



Respecto a la antigüedad en el empleo, el grupo sobresaliente corresponde a las personas que tienen 4 años o más en su lugar de trabajo, con un 44.6% (figura 15).

Figura 15

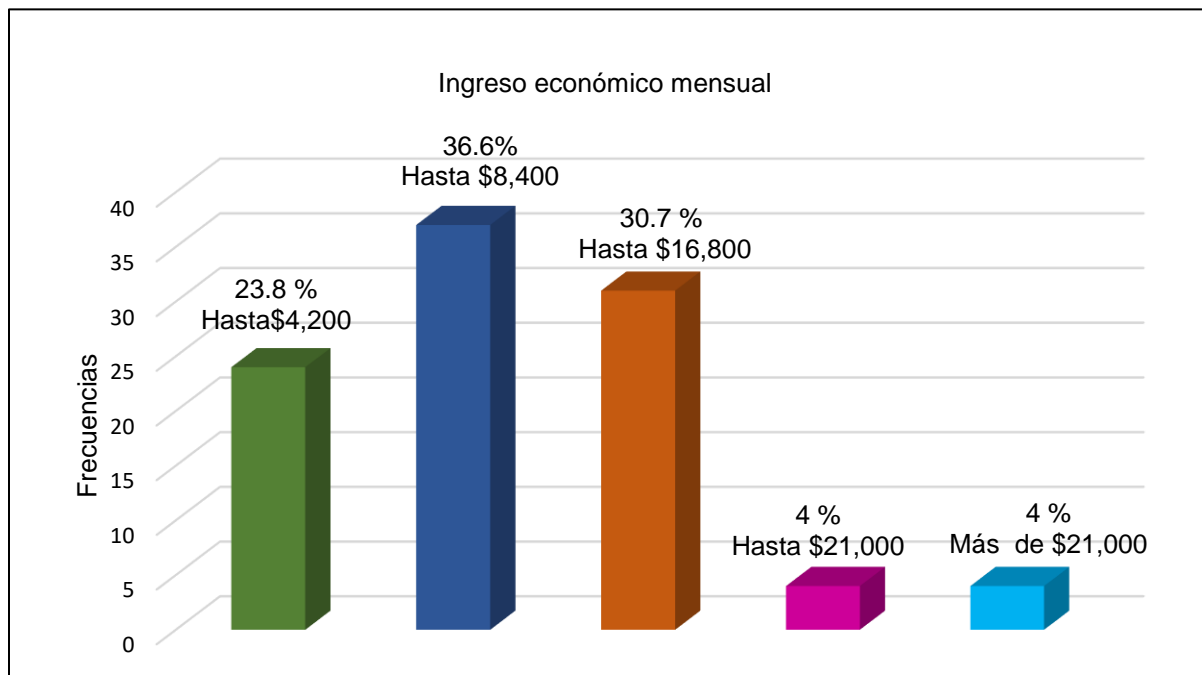
Distribución de la Muestra por Antigüedad en su Empleo



Referente al ingreso económico, la distribución de la muestra indica que los grupos que más destacan perciben hasta \$8,400 al mes siendo el 36.6% de los participantes, mientras que solo el 8% tiene un ingreso mayor a \$ 16,900 (figura 16).

Figura 16

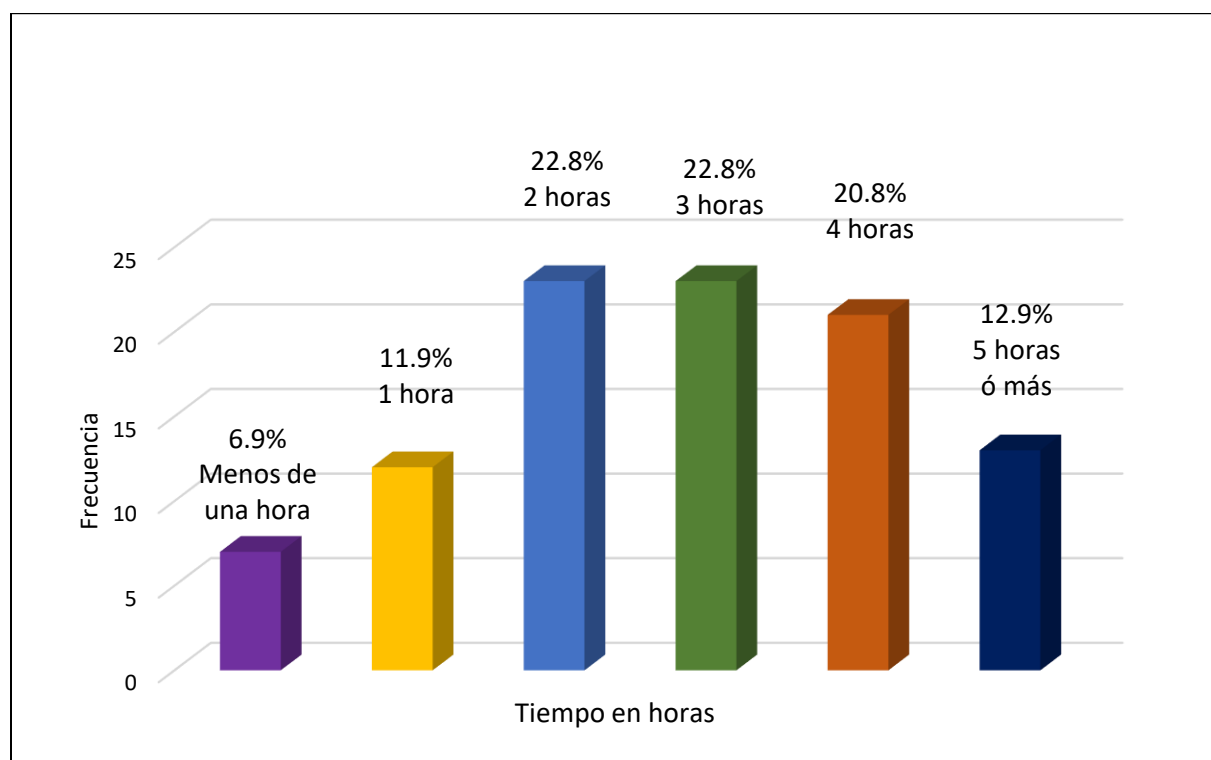
Distribución de la Muestra por Ingreso Económico Mensual



La distribución de la muestra de acuerdo con el tiempo que tienen al día para realizar actividades ajenas al trabajo indica que más de la mitad, 64.2% menciona disponer de 2 a 4 horas para realizar actividades ajenas al trabajo, mientras que el 6.9% disponen de menos de una hora al día. En la figura 17 se presentan los detalles.

Figura 17

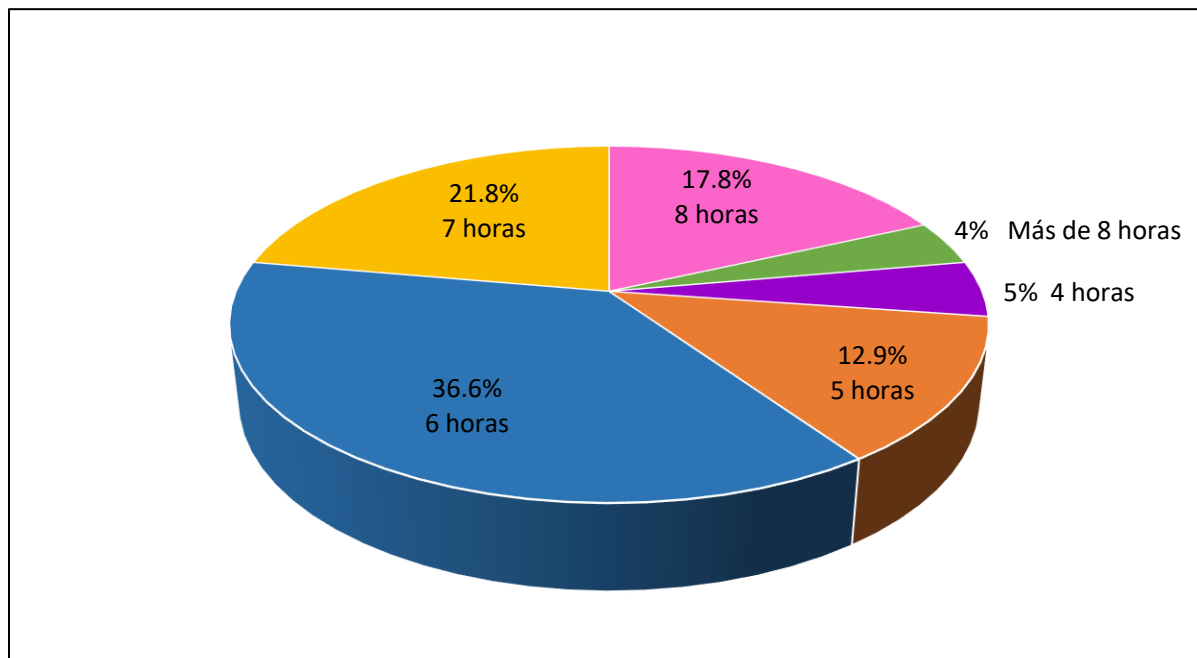
Distribución de la Muestra de Acuerdo con el Tiempo que Disponen para Realizar Actividades Ajenas al Trabajo



Referente al tiempo de descanso u horas de sueño, la distribución de la muestra menciona que un poco más de la mitad, es decir el 57.1% duerme entre 6 y 7 horas, sin embargo, existe un 5% que duerme solo 4 horas al día. Figura 18

Figura 18

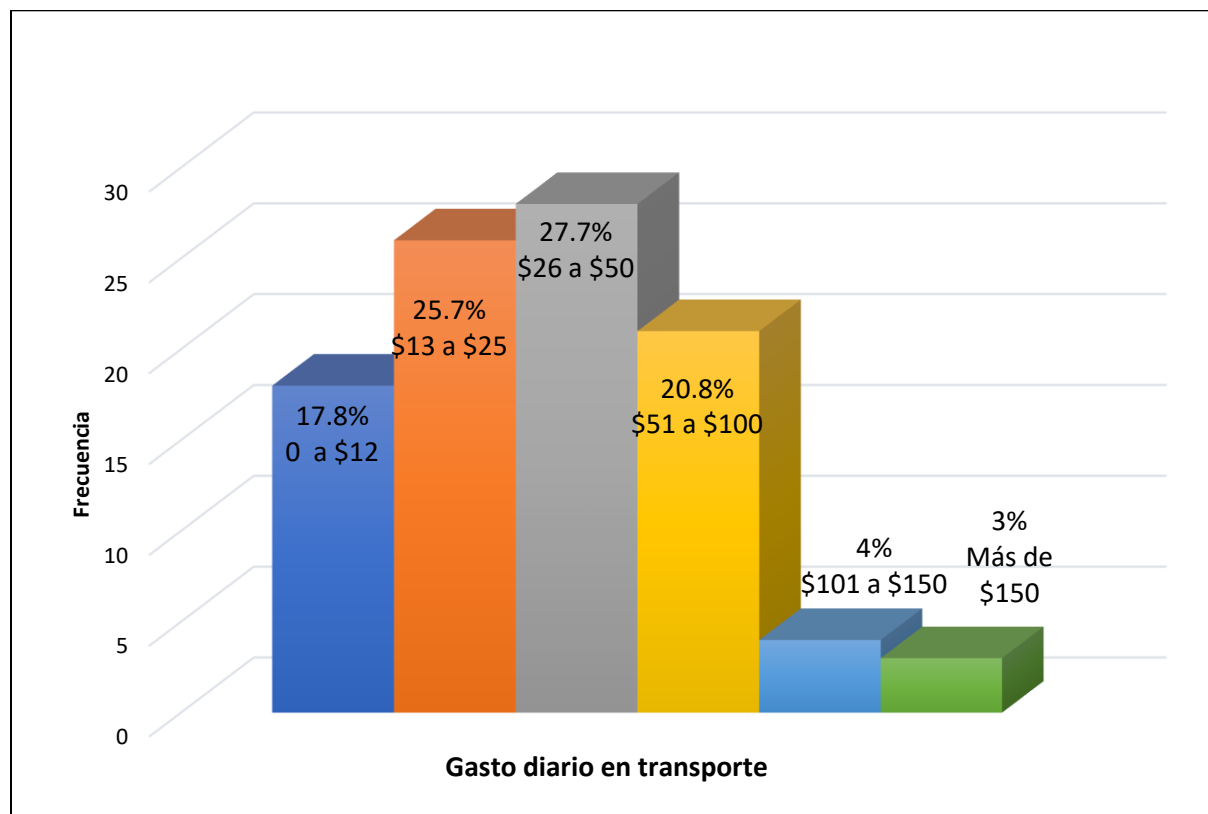
Distribución de la Muestra de acuerdo con las horas de descanso.



Por último, se presenta el gasto diario en transporte, en donde se puede apreciar que más de la mitad de los participantes, 71.2% gasta hasta \$50 al día, mientras que un 7% gasta más de \$100 diariamente (figura 19).

Figura 19

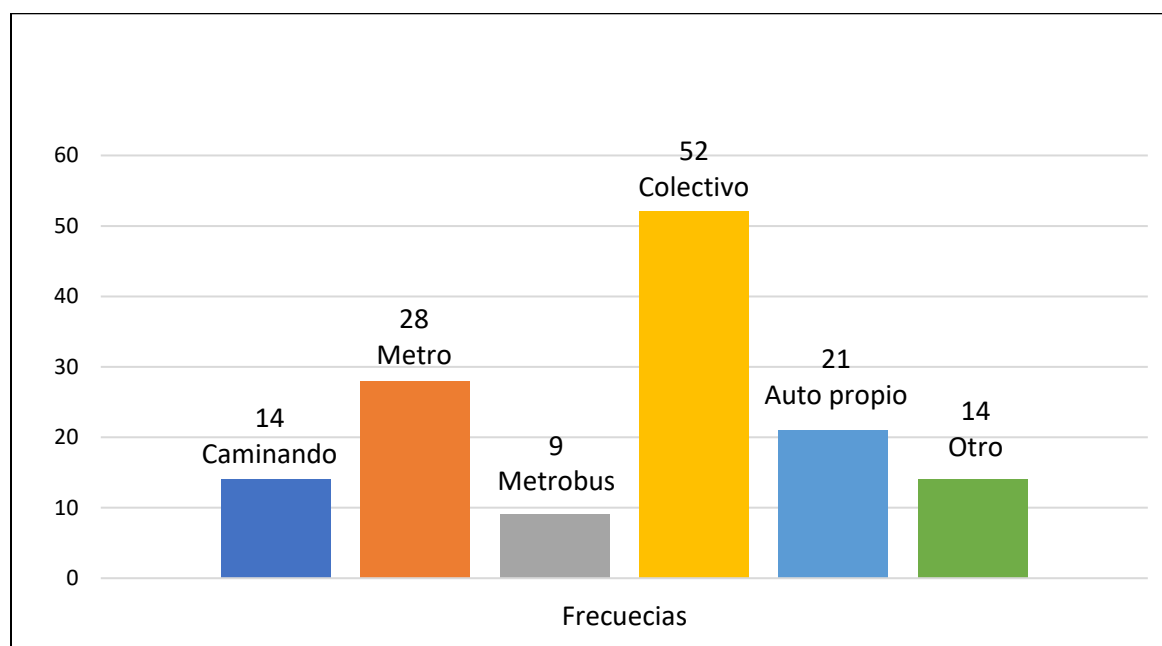
Distribución de la Muestra de acuerdo con el Gasto Diario en Transporte.



El transporte que más utilizan es el colectivo, al menos por 52 participantes, es decir más de la mitad de la muestra. Debido a que utilizan más de un medio de transporte al día la frecuencia total es de 138. Los detalles se observan en la figura 20.

Figura 20

Transporte que Utilizan para llegar al Trabajo

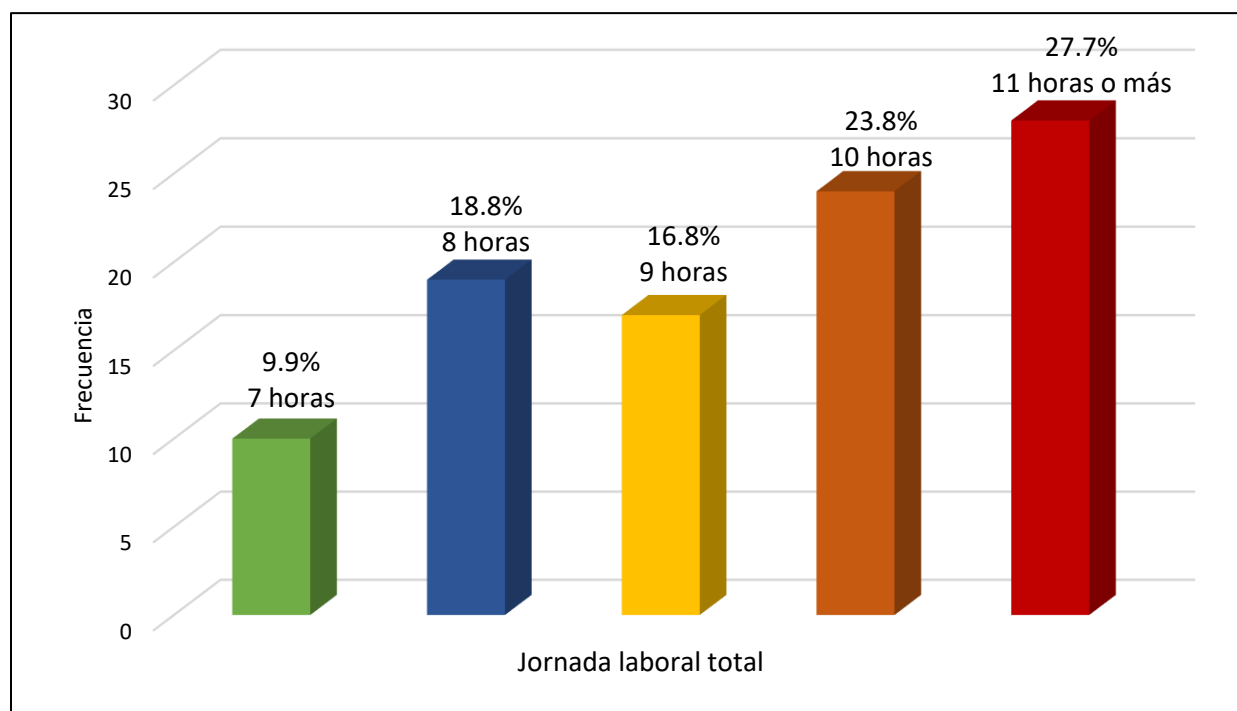


5.2 Resultados del tiempo de jornada laboral, tiempo de traslado y percepción de calidad de vida

Para conocer la jornada laboral se preguntó a los participantes las horas totales que trabajan al día, es decir el horario establecido más el tiempo extra que realizan con regularidad, en donde se muestra que más de la mitad de los participantes, 51.5% trabaja al menos 10 horas al día. En la figura 21 se muestran los detalles.

Figura 21

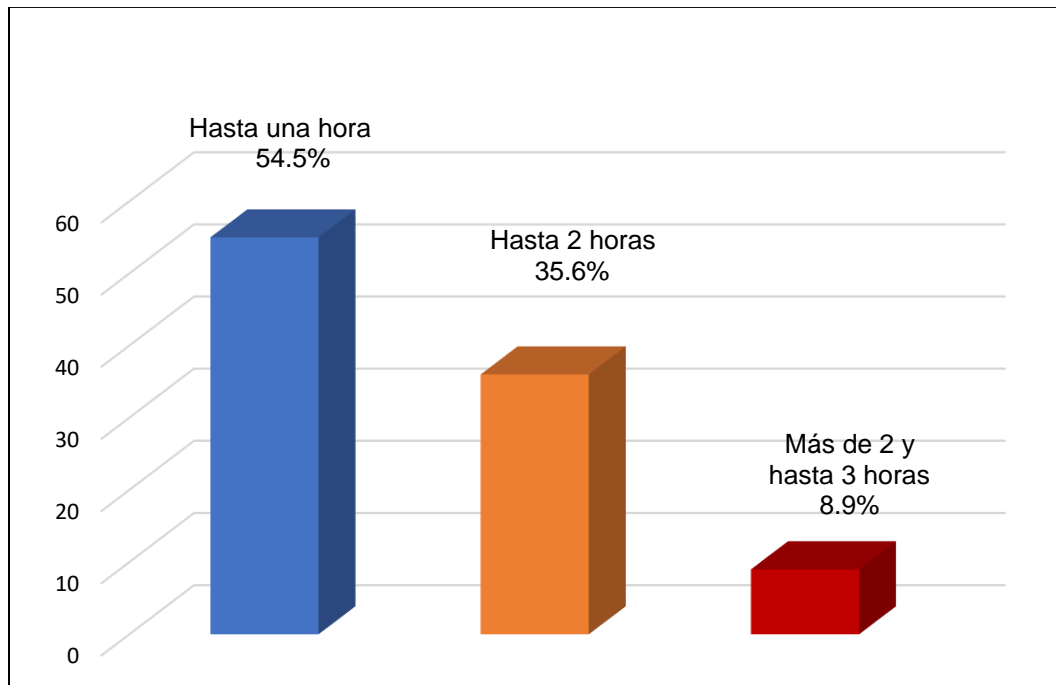
Distribución de la Muestra por Horas que dura su Jornada Laboral



Respecto al tiempo que invierten para llegar al lugar de trabajo, los datos mostraron que poco más de la mitad, el 54.4% tarda hasta una hora de trayecto, sin embargo, existe un 35.6% de la muestra que invierte más de 2 horas para trasladarse (figura 22).

Figura 22

Distribución de la Muestra de acuerdo con el Tiempo de Traslado al Trabajo



Finalmente, el puntaje obtenido de la percepción de calidad de vida, indica que ninguno de los participantes obtuvo nivel bajo ni regular en el cuestionario, la muestra en general reflejó puntuaciones favorables que van desde nivel medio hasta excelente. En la tabla 7 y figura 23 se observan los detalles.

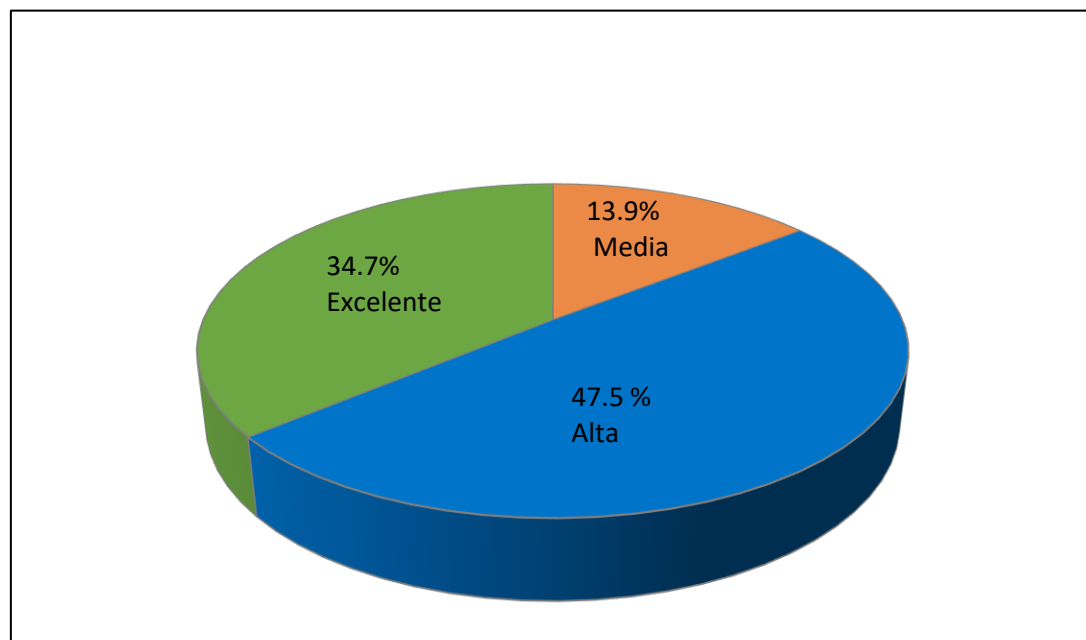
Tabla 7

Distribución de los niveles de Calidad de Vida de acuerdo con el cuestionario aplicado.

Nivel de percepción de Calidad de Vida	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	32-63	0	0
Regular	64-95	0	0
Medio	96-127	14	13.9
Alto	128-159	48	47.5
Excelente	160-192	35	34.7
	Total	97	96
	Perdidos	4	4

Figura 23

Distribución de la Muestra de acuerdo con el Puntaje de Percepción de Calidad de Vida



5.2.1 Relación entre jornada laboral, tiempo de traslado y calidad de vida

Para comprobar el objetivo de la presente investigación: si existe relación significativa entre la jornada laboral, tiempo de traslado y calidad de vida; se realizó a partir de los datos obtenidos el análisis de correlación de la prueba producto momento de Pearson. La prueba arrojó un nivel de significancia mayor a 0.05 como se observan en la tabla 8, por lo que se acepta la hipótesis nula, es decir, no existe relación entre las variables.

Tabla 8

Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson entre Jornada laboral, Tiempo de Traslado y Percepción de Calidad de Vida.

Variables		Jornada laboral	Tiempo de traslado	Calidad de vida
Jornada laboral	Correlación de Pearson	1	-.109	-.010
Tiempo de traslado	Correlación de Pearson	-.109	1	.144
Calidad de vida	Correlación de Pearson	-.010	.144	1

Nota: n=101 **p≤.01 *p≤.05

5.2.2 Relación entre las variables de estudio y las características de la muestra

A continuación, se reportan los resultados de las comparaciones significativas entre las variables de estudio: jornada laboral, tiempo de traslado y calidad de vida con respecto a las características sociodemográficas de la muestra.

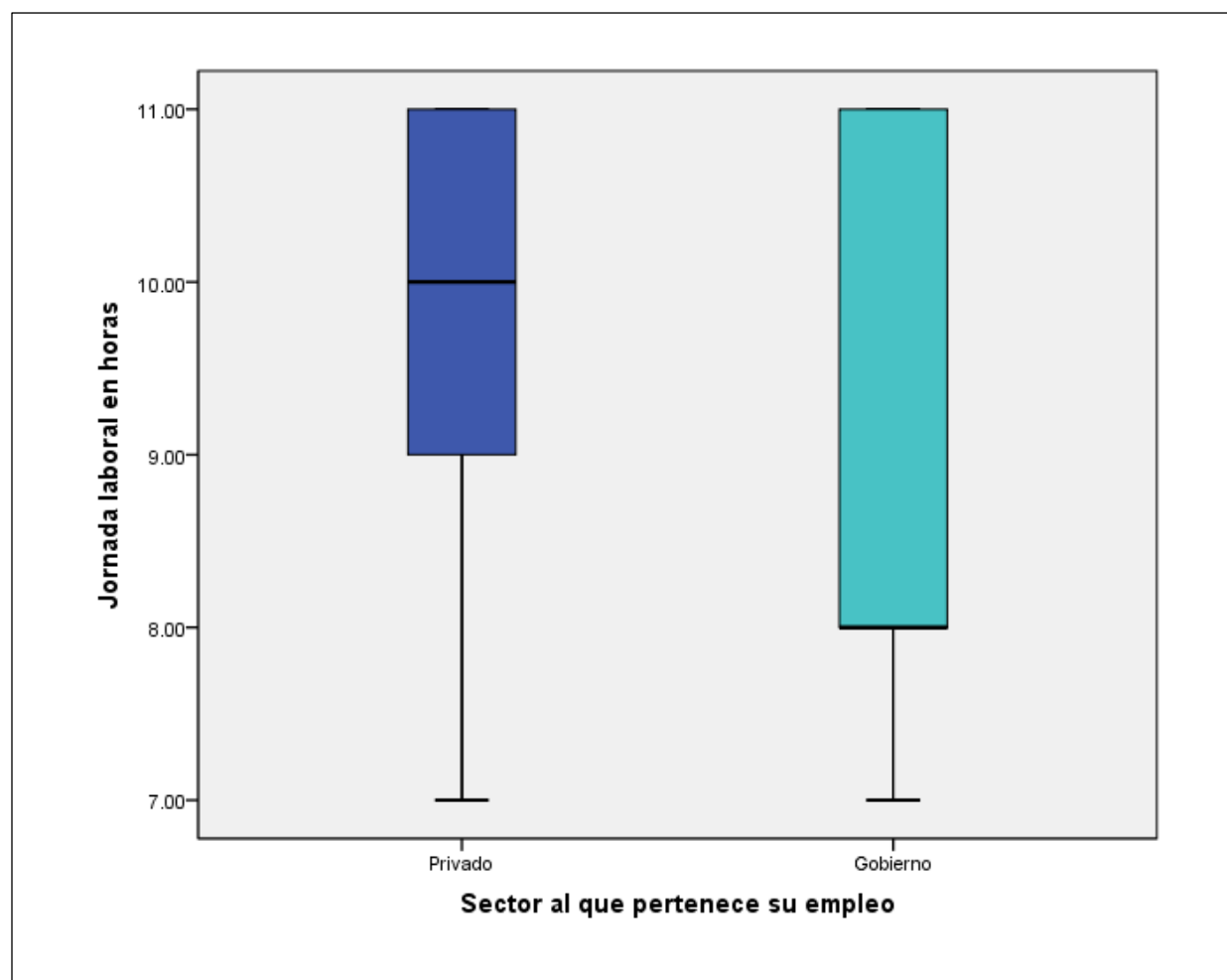
Jornada laboral

Se encontró diferencia entre las personas que trabajan en el gobierno, puesto que en promedio su jornada es menor con respecto a las personas que trabajan en sector privado $F=5.994$, 95 gl., $P=0.016$ ($9.56 - 8.9091$) = 0.6509 como se puede apreciar en la figura 22, el grupo que trabaja en sector privado tiene una jornada laboral más extensa que el grupo de

personas que trabajan en el gobierno.

Figura 22

Jornada Laboral Respecto al Sector que Pertenece su Empleo



Tiempo de traslado

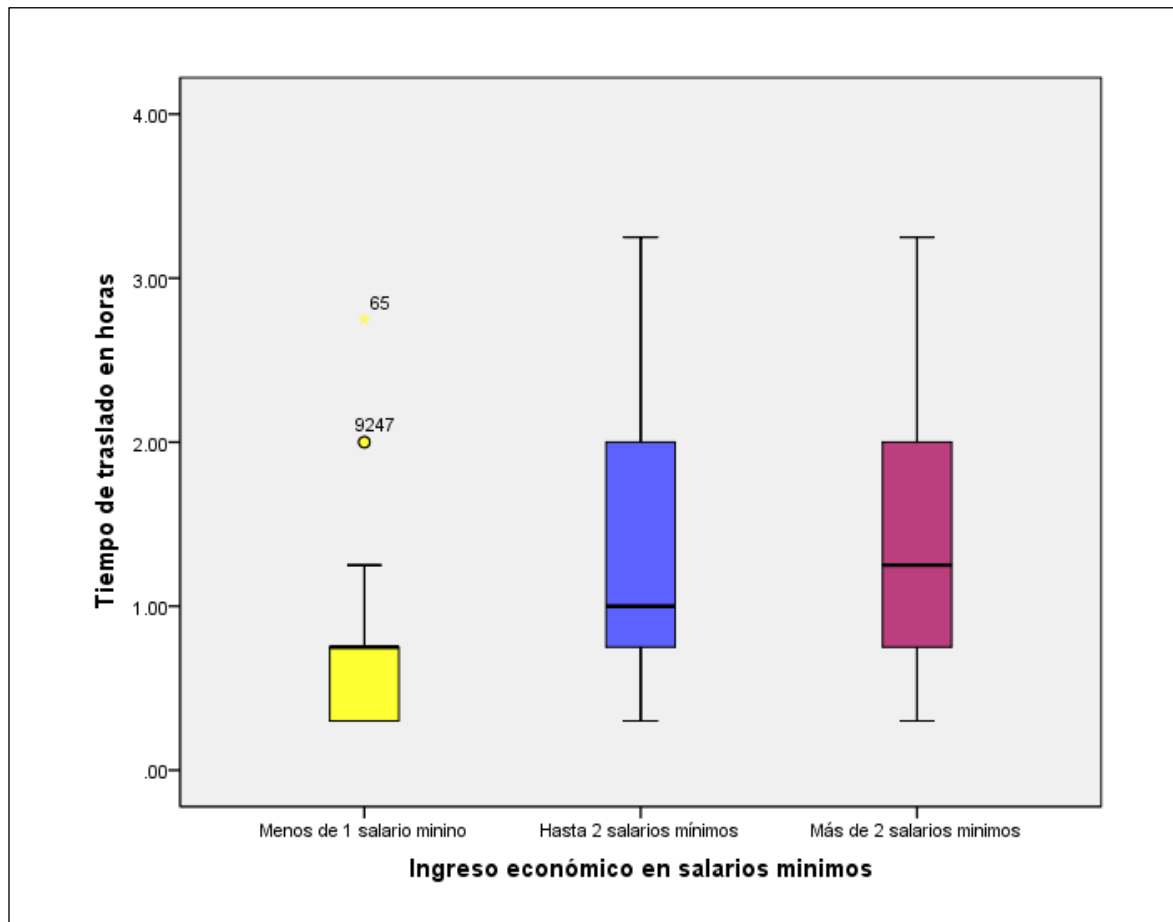
Otro resultado significativo fue en el tiempo de traslado para llegar a su empleo en comparación con su ingreso económico. $F=3.945$, 99gl., $P=0.23$. $(1.6923 - 1.2400) = .04523$.

La figura 23 nos muestra que el grupo de las personas que ganan más de dos salarios mínimos invierten más tiempo para trasladarse a su lugar de trabajo en comparación de los que ganan menos de un salario mínimo, puesto que este último grupo invierte menos tiempo para

llegar a su lugar de trabajo.

Figura 23

Tiempo de Traslado Respecto al Ingreso Económico

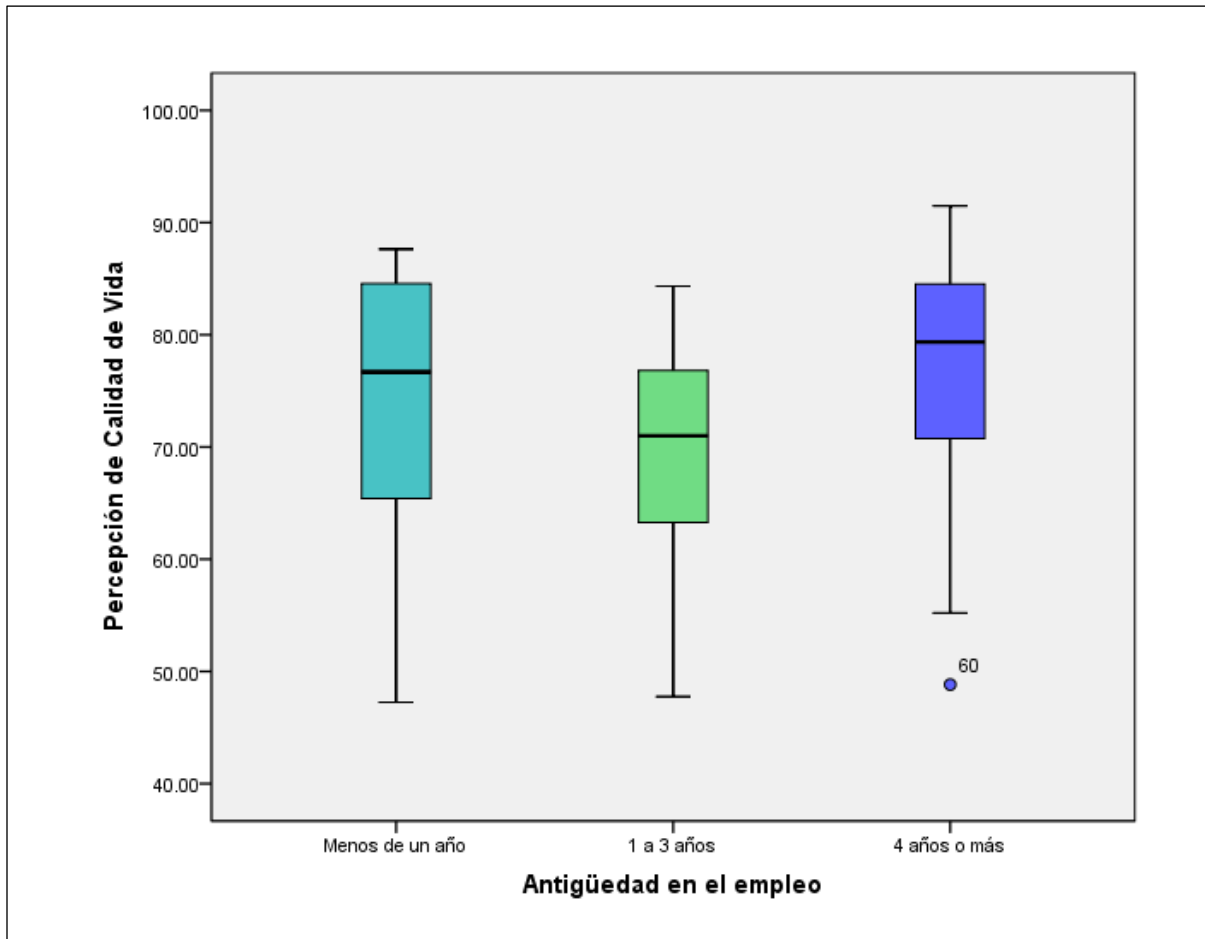


Calidad de vida

La última relación se encontró entre la percepción de calidad de vida respecto a la antigüedad en sus empleos ($F= 4.695$, 96 gl., $P= 0.011$ ($3.93 - 4.41$) = 0.48) en donde se muestra que el grupo de participantes con antigüedad de 4 años o más percibe una calidad de vida mayor con respecto al grupo de personas con menos de un año de antigüedad como lo muestra la figura 24.

Figura 24

Percepción de Calidad de Vida con Respecto a la Antigüedad en el Empleo



6. Discusión y conclusiones

El objetivo general de esta investigación consistió en conocer si existía relación entre la jornada laboral, el tiempo que realizan las personas para llegar a sus lugares de trabajo y la calidad de vida de empleados que viven en la zona metropolitana de la Ciudad de México, determinando si la relación es significativa o no para tener un mayor conocimiento de la correlación entre estas variables.

Como se mostró en el capítulo anterior las variables no fueron vinculantes, lo cual quiere decir que al menos para los participantes de la muestra ni la jornada laboral, ni el tiempo de traslado influye en su percepción de calidad de vida. Contrario a la hipótesis planteada, los resultados parecen indicar que el tiempo que la gente invierte tanto en su trabajo como en sus traslados no representa un obstáculo para el desarrollo satisfactorio de los ámbitos o factores que componen el instrumento de la calidad de vida; es decir, no repercute en el ámbito trabajo, físico, psicológico, grado de independencia ni en las relaciones de pareja, puesto que la gente al parecer aprendió a desarrollarse aún con los límites que representarían en algunos de ellos el largo tiempo que pasan fuera de casa.

El sociólogo Andre Gorz menciona lo que considera la ética del trabajo:

“Lo propio de las «sociedades de trabajo» es que el trabajo está considerado a la vez en ellas como un deber moral, como una obligación social y como *la* vía hacia el éxito personal” (Gorz, 1994, p 278). El trabajo es la base para el bienestar de la persona, quien trabaja más triunfará, y por lo tanto aquellos que trabajan poco o simplemente no trabajan no tendrían ni siquiera derecho a ser parte de la sociedad, es así como estas sociedades se impregnan de la idea de que el trabajo es en sí mismo un “valor humano” que por lo tanto proporciona satisfacción y realización personal.

Aunque para Gorz la ética del trabajo se ha vuelto “caduca” es notable de acuerdo con los resultados de este estudio, que el trabajo proporciona la satisfacción suficiente como para

ignorar los problemas relacionados con el tiempo de la jornada laboral y el traslado.

El resultado del presente trabajo puede vincularse con la investigación realizada por Castillo en 2006, en donde analiza el significado de lo que es el trabajo y la experiencia laboral en 5 diferentes países de Latinoamérica. Los resultados obtenidos para describir el significado y valor del trabajo se muestran en la tabla 8, en donde se registran por orden de importancia las 12 palabras que cada país mencionó (Castillo, 2006). Se puede observar que las palabras tiempo y lugar son de menor importancia. Lo que podría darnos indicio de que el tiempo simplemente no se encuentra dentro de los aspectos importantes que describen el significado y el valor del trabajo, al menos para el caso de México.

Tabla 8.

Inventario significativo del trabajo. Cuadro comparativo.

	España	Brasil	Argentina	México	Colombia
1	relación_lab	Organización	Tiempo	Profesión	Bienes
2	Tiempo	Tareas	Dinero	Dinero	Tareas
3	Dinero	Esfuerzo	Esfuerzo	Tareas	Esfuerzo
4	tipo personas	relación_lab	relación_lab	Organización	relación_lab
5	Tareas	Bienes	Profesión	Esfuerzo	organización
6	contrato_lab	Profesión	Tareas	Bienes	Dinero
7	Profesión	Tiempo	tipo personas	relación_lab	Tiempo
8	Organización	Lugar	contrato_lab	Tiempo	Profesión
9	Esfuerzo	Dinero	Lugar	Medios	contrato_lab
10	Medios	Medios	organización	contrato_lab	tipo personas
11	Lugar	tipo personas	Bienes	Lugar	Medios
12	Bienes	contrato_lab	Medios	tipo personas	Lugar

Nota. Tomado de Castillo (2006), *Metamorfosis laboral y experiencia del trabajo en el contexto mexicano*, p.179.

Por el contrario, la palabra principal para describir el trabajo es profesión, como lo menciona la autora, esto podría atribuirse a que dependiendo de la profesión se puede alcanzar un estatus profesional y laboral.

Como segunda palabra aparece el dinero, pues para los mexicanos los bienes materiales son de gran importancia. Como se menciona en el capítulo del trabajo y tiempo de traslado, la mayoría de las personas dedica gran parte de su tiempo y energía en el trabajo, pues es primordial para ganar dinero y garantizar así su bienestar material. Así mismo de acuerdo con Garson (en Frank y Jeffrey, 2005) el trabajo es una característica fundamental para definir la forma en que el ser humano le da valor a su vida personal, familiar y por supuesto en sociedad.

Otra investigación que es interesante mencionar es la de Mendoza (2010), en donde analizó la evolución de la cultura laboral en México por medio de un análisis asociativo grupal. Se parte de la premisa de que en la cultura tradicional se valoraba la búsqueda de recompensas materiales, estatus social, salario adecuado, es decir de nuevo el factor dinero es primordial. Mientras que, en la cultura tradicional-moderna además de los buenos ingresos, también se valoran otros aspectos como por ejemplo el compromiso y efectividad, relación entre la antigüedad, además de que se mencionan aspectos afectivos tales como sentirse bien al trabajar, alegre y orgullo del trabajo.

Lo que se concluye en la investigación de Mendoza es que la cultura laboral en México ha tenido cierto grado de evolución y los conceptos que principalmente relacionan los mexicanos con el trabajo son: buenos ingresos, seguridad en el trabajo, tener responsabilidad y que ofrezca oportunidades de lograr algo (Mendoza, 2010).

Es interesante observar que tanto en la investigación de Castillo como en la de Mendoza, no aparece la idea del tiempo; lo cual podría estar indicando que en el pensamiento del mexicano no existe asociación entre el tiempo y el trabajo. Además, los resultados de la presente tesis nos indican que ni la jornada laboral ni el tiempo de traslado repercutió en la percepción de calidad de vida.

También es importante mencionar la investigación de García y Sales, (2011), en donde el principal valor se lo dieron al estado de salud, y de igual manera la disponibilidad de tiempo

libre no fue un aspecto que consideraran relevante.

Por lo tanto, se podría inferir que el tiempo se encuentra inmerso en el valor del trabajo; pues tal parece que se tiene más asociada la idea: “entre más trabajos eres mejor visto y contribuyes más a la sociedad”, como lo menciona la ética laboral. Es así como se vuelve poco problemático pasar largas jornadas en el centro de trabajo, o en el transporte. Como lo menciona Ovejero (2006), el trabajo es el centro de la vida, la esencia de la naturaleza humana; al grado de obtener de él la realización personal y social.

La percepción que la muestra tiene sobre su calidad de vida en general fue bastante favorable, pues no aparecieron puntajes bajos, casi la mitad de la muestra el 82.2% obtuvo un puntaje entre alto y excelente en sus resultados. Esto a su vez también nos muestra que el tiempo que a las personas les queda para realizar actividades ajenas al trabajo, que al menos para esta muestra fue de 2 a 4 horas al día para más de la mitad de los participantes, no cambia o afecta en la percepción de su calidad de vida.

Un aspecto sociodemográfico de relevancia para la percepción de calidad de vida fue la antigüedad en el empleo, en donde se muestra que el grupo de participantes con mayor antigüedad percibe una calidad de vida mayor, lo que empata con lo mencionado en el apartado sobre calidad de vida en el trabajo, pues la posibilidad de futuro en la organización, así como la seguridad de tener un trabajo estable, son factores que repercuten y favorecen la calidad de vida en el trabajo y por lo tanto en el panorama general de la calidad de vida de las personas.

En el caso de características sociodemográficas relacionadas con el tiempo de traslado, los resultados nos indican que el grupo de personas que ganan más invierten más tiempo para trasladarse a su lugar de trabajo, mientras que el grupo con menor ingreso invierte menos tiempo, en el supuesto que las personas con mayor ingreso son las que pueden solventar el gasto de un auto propio, como lo menciona la encuesta origen-destino, el aspecto negativo de trasladarse en auto es la pérdida de tiempo debido al congestionamiento vial ya conocido en la

Ciudad de México.

Lo que respecta a los aspectos sociodemográficos vinculados con la jornada laboral se encontró que el grupo que trabaja en el sector de gobierno tiene una jornada laboral menor, mientras que las personas que trabajan en el sector privado reflejan que su jornada es más extensa.

Conocer si el instrumento aplicado cuenta con confiabilidad y validez interna fue el último objetivo específico, como se presentó en el apartado de metodología el instrumento obtuvo un alfa de Cronbach general de $\alpha = 0.903$, lo cual resulta un instrumento consistente y confiable. Conformado por cinco factores, siendo el factor de trabajo el principal, quizá por lo que ya se abordó anteriormente, al gran peso que la muestra refleja al ámbito laboral.

Por lo anterior esta investigación muestra lo que ya fue mencionado por Reynoso (2006, en Patlan, 2016), el trabajo representa mucho más que una actividad económica, incorpora también un espacio de desarrollo para los trabajadores, permitiéndoles aplicar sus habilidades, obtener un ingreso y a su vez aportar a la sociedad.

El trabajo es quizá la esfera más importante de la vida, aún con el tiempo que impliquen las largas jornadas y el tiempo de traslado, es posible satisfacer otros ámbitos como el físico, psicológico, independencia y pareja.

7. Limitaciones y sugerencias

7.1 Limitaciones

Una de las limitaciones durante la investigación fue el tamaño de la muestra, si bien se invitó a un total de 140 personas, solo se obtuvieron 101 cuestionarios completos, y es evidente que la muestra no es representativa para la población que vive en la zona metropolitana.

Otra limitación fue el instrumento utilizado, en una prueba piloto se intentó aplicar la Escala Mexicana Multidimensional, el cual tiene 208 reactivos, sin embargo, muy pocas personas aceptaban colaborar además las que aceptaron no respondían completo, por ese motivo se decidió construir un cuestionario con el objetivo de reducir el tiempo que los participantes tuvieran que invertir para responder, aunque esto conllevara reducir la información sobre los diversos factores que componen la calidad de vida.

El tipo de Ciudad, la CDMX es una Ciudad muy extensa y variada, simplemente en una misma alcaldía cambian las condiciones de vivienda como de medios de transporte, por lo que se vuelve complejo agrupar estas distintas condiciones.

7.2 Sugerencias

Trabajar en futuras investigaciones con una muestra más amplia.

También sería conveniente realizar investigaciones sobre calidad de vida, jornada laboral y el engagement, como lo menciona la psicología organizacional positiva, es pertinente profundizar en los aspectos que favorecen más al trabajador y así fomentar estas conductas.

Estudiar específicamente a la población que viaja más de dos horas para llegar a su trabajo, y que tienen jornadas laborales mayores a 10 horas, el desgaste sería evidente, pero sería pertinente revisar hasta qué grado les afecta dicho desgaste o bien, que tanto se han adaptado a ello.

Otra investigación interesante podría ser trabajar con muestras de distintas Ciudades, por ejemplo, Guadalajara y Monterrey.

Sin duda ya con los datos obtenidos de esta tesis se puede mejorar el diseño, puesto que esta investigación se basó en el tiempo de las jornadas y los traslados, en contraparte sería importante enfocarse en las actividades de la vida personal que realizan ya sea en el traslado o dentro del horario de trabajo.

Por último, se sugieren investigaciones sobre la percepción de calidad de vida en aquellas personas que realizan teletrabajo ya que se volvió una actividad mucho más común de lo esperado a causa de la pandemia, pero que ya se empiezan a escuchar inconformidades al respecto, como carga laboral y las constantes distracciones puesto que se ha complicado separar las actividades laborales de las actividades de casa.

Referencias

- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*. (3° Ed). Madrid: Pirámide.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35, (2), 161-164. Recuperado el 5 abril de 2016 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Aragones, JI. y Amerio, M. Coord. (2010). *Psicología ambiental*. (3° Ed). Madrid: Pirámide.
- Banco de Desarrollo de América Latina (2013). Observatorio de Movilidad Urbana. Que es movilidad urbana. Recuperado el 10 septiembre 2020 de: <https://www.caf.com/es/actualidad/noticias/2013/08/que-es-movilidad-urbana/?parent=14062>
- Brannon, L. (2007). *Psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Paraninfo.
- Cantú, R., y López, G. (2009). *Psicología de la salud. Antecedentes, aplicaciones y propuestas*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cardona, D., Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto de calidad de vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 23, (1), 79-90. Recuperado el 13 de marzo de 2016 de: Redalyc. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* (udea.edu.co)
- Castillo, M. (2006). *Metamorfosis laboral y experiencia del trabajo en el contexto mexicano*. (Tesis Doctoral). Recuperado el 28 de abril de 2021 de: <http://hdl.handle.net/10803/5447>
- Comisión de derechos humanos del Distrito Federal. (2013). *Informe especial sobre el derecho a la movilidad en el Distrito Federal. 2011-2012*. Recuperado el 24 de junio de 2016 de <http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/informe-movilidad.pdf>
- Cervantes, E. y Santana, D. (2014). *Validación de la escala multidimensional de calidad de vida en una muestra de trabajadores mexicanos*. (Tesis de Licenciatura) Facultad de Psicología, UNAM.

Diario Oficial de la Federación. (2018). *Reforma de Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, factores de riesgos psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención*. Recuperado el 23 de marzo de 2019 de:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018

Fernandez L. J., Fernandez 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).169-184. Recuperado el 18 de mayo de 2016 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000200005&script=sci_arttext

Fernandez, R. (1996). Calidad de vida en la vejez. *Revista de intervención Psicosocial, Colegio Oficial de Psicólogos*. (5). Recuperado el 24 de enero de 2017 de:

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol2/arti7.htm>

Freud, S. (2011). *Psicopatología de la vida cotidiana*. (3° Ed). Madrid: Alianza editorial.

García, JJ. y Sales, FJ. (Coords). (2011). *Bienestar y Calidad de Vida en México*. México: Cámara de Diputados, LXI Legislatura, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Universidad de Monterrey.

García, M. (2014). *Estilo de vida y depresión*. España: Editorial Síntesis.

González, O. (1988). El metro de la Ciudad de México. *Revista Eure*, XIV, (42), 63-82. Recuperado el 19 de agosto de 2018 de: [El Metro de Ciudad de México \(eure.cl\)](http://www.eure.cl)

Gorz, A. (1994). *Metamorfosis del trabajo*. Madrid: Editorial Sistema.

Haro, L.; Sánchez, R.; Juárez, C A. y Larios, E. (2007). Justificaciones médicas de la jornada laboral máxima de ocho horas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*,45(2): 191-197. Recuperado el 3 de octubre de 2017 de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im072n.pdf>

Hernández, E. y Grau, J. (2005). *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª Ed). México:

Mc Graw Hill Education.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). *Censos económicos. Resultados definitivos*.

Recuperado el 15 de agosto de 2018 de:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ce/ce2014/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Encuesta origen-destino*. Recuperado el 7 de julio de 2018 de:

file:///C:/Users/Mayeli/Dropbox/CALIDAD%20DE%20VIDA/INEGI_encuesta_origen_destino_2017.pdf

Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Método de investigación en las ciencias sociales*. (4ª Ed). México: Mc Graw-Hill.

Lenarduzzi, H. (2005). "Calidad de vida en la infancia" en D'alvia, R, compilador (2005). *Calidad de vida: La relación bio-psico-social del sujeto*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ley Federal del Trabajo. (1970). Diario Oficial de la Federación, 1 de abril de 1970. México. Última reforma publicada 02-07-2019.

Louro, I. (ene-mar 2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, (1) Recuperado el 22 de mayo de 2016 de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&nrm=iso

Martínez, MA. (2018). *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. Un Manual para ciencias de la salud*. (2º Ed). Barcelona: España Gea Consultoría Editorial S.L.

Méda, D. (1998). *El trabajo. Un valor en peligro de extinción*. España: Gedisa Editorial.

Mendoza, J. (2010). Permanencia y evolución de la cultura laboral en México. *Revista Innovaciones de negocios*. 7 (13): 105-137. Recuperado 26 de abril de 2021 de:

<http://revistainnovaciones.uanl.mx/index.cphp/revin/article/view/239>

Miró, E., Cano, M. y Buela G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27. Recuperado el 12 de septiembre de 2017 de:

<https://www.redalyc.org/pdf/804/80401401.pdf>

- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pearson Educación.1
- Muchinsky, P. (2007). *Psicología aplicada al trabajo*. (8va Ed). México: Thomson.
- Navarro B. (2017). *El futuro de la movilidad urbana y los vehículos autónomos*. Universidad Autónoma Metropolitana: México.
- Navarro, B. y González, O. (1989). *Metro Metrópoli*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones económicas.
- Navarro, B. B. y Guevara G. I. (2000). *Área Metropolitana de la Ciudad de México. Prácticas de desplazamientos y horarios laborales*. México: UAM, UNAM, Fundación México -Estados Unidos para la Ciencia, A.C.
- Nussbaum, M. y Sen, A. (1988). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2021), "Hours Worked: Average annual hours actually worked", *OCDE Empleo and Labour Market Statistics* (base de datos), Recuperado el 25 Marzo de 2021 de: <https://doi.org/10.1787/data-00303-en>
- Ovejero, B. A. (2006). *Psicología del trabajo en un mundo globalizado. Cómo hacer frente al mobbing y estrés laboral*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Oblitas, L. (Coord.) (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (4° Ed) México: Cengage Learning.
- Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra. España*, 41, (2), 4-9: Recuperado el 9 de febrero de 2017 de: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/que-es-la-salud>
- Patlán, J. (julio-octubre 2016). Derechos laborales: una mirada al derecho a la calidad de vida en el trabajo. *Ciencia Ergo Sum*,23, (2), 121-133. Recuperado el 22 de mayo de 2019 de: <https://cienciaergosum.uaemex.mx/article/view/7724/6280>
- Pérez, D. (2016). Estos fueron los Ruta 100 en el desaparecido DF. *Atracción 360 Imagen digital*: Recuperado el 23 febrero de 2018 de: <https://www.atraccion360.com/historia-de-los-camiones->

ruta-100-en-el-df

Perea, Q. R. (2011). *Educación para la salud y calidad de vida*. Madrid: Díaz de Santos.

Oyervides MG. (2016). Que reforma el artículo 76 de la Ley Federal del Trabajo, a cargo de la Diputada María Guadalupe Oyervides Valdez, del grupo parlamentario del PRI. Gaceta Parlamentaria año XIX, número 4516-7, martes 26 de abril de 2016. Recuperado el 3 de marzo de 2019 de: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/63/2016/abr/20160426-VII.html#Iniciativa22>

Rendón, R E. (2010). Espacios verdes públicos y calidad de vida. *Universidad Politécnica de Catalunya*. España. Recuperado el 27 de octubre de 2018 de: <https://upcommons.upc.edu/handle/2099/12860>

Romero, A., Higareda, J., Del Castillo-Arreaola, A., Cruz, C. (2018). Escala de costos y beneficios de vivir en pareja. *Aportaciones actuales de la Psicología Social*, 241-257. Recuperado el 27 de abril de 2021 de: (PDF) Escala de costos y beneficios de vivir en pareja (researchgate.net)

Sánchez, A. (1991). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.

Sánchez, A. (2004). *Panorama histórico de la Ciudad de México*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Económicas, Gobierno del Distrito Federal.

Sánchez, A. (Coord). (2018). *Calidad de vida en la zona metropolitana del Valle de México*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones económicas, PUEC UNAM.

Secretaría de Comunicaciones y Transportes (1991). *Cien años de comunicaciones y transportes en México 1891-1991*. México: Artes Gráficas Panorama.

Senado de la República. (2019). *Dictamen de la Comisión de Trabajo y Previsión Social, y de Estudios Legislativos, a la iniciativa con proyecto de Decreto por el que se Reforma el Artículo 311 y Adiciona el Capítulo XII Bis de la Ley Federal del Trabajo en Materia del Teletrabajo*. Recuperado el 13 de marzo de 2018 de: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-06-19-1/assets/documentos/Dictamen_Teletrabajo.pdf

Simón, HR. (2016). *Trascender y apropiar: el Marketing Gubernamental Sistema Ecobici en la Ciudad de México*. (Tesis de Maestría). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Recuperado el 2 de junio de 2018 de

<https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/2236/067216T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suarez, M. y Delgado, GJ. (2015). *Entre mi casa y mi destino. Movilidad y transporte en México*.

México: UNAM.

Suárez, M. (1 de junio 2017). En México el 80% de los traslados se hacen en transporte público.

Recuperado el 4 de junio de 2018 de:

https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_384.html

Schalock, R y Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la salud, educación y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

Tomtom Traffic Index (2017). Recuperado el 10 de septiembre de 2021 de:

http://www.tomtom.com/en_gb/traffic-index/ranking/

Urzua, A. (2008). *Calidad de vida en salud*. Chile: Universidad Católica del Norte.

Vieco, G. y Abello, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte de Colombia*, 31, (2),354-385.

Recuperado el 12 de diciembre de 2018 de:

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/5544/9131>

Apéndice



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología



La Universidad Nacional Autónoma de México a través de la División de Estudios Profesionales de la Facultad de Psicología le invita a participar en la siguiente investigación que tiene como objetivo conocer diversas situaciones sobre su vida personal y laboral.

Su participación es muy importante y totalmente confidencial. La información que nos brinde será anónima y utilizada para fines estadísticos.

Acepto participar: _____

Firma o rúbrica

Instrucciones

A continuación, encontrará diversas preguntas sobre su persona, vida diaria y empleo, lea cada una y subraye la opción que mejor refleje su situación actual. Por favor no deje ninguna pregunta sin responder.

<p>1. Soy tomado en cuenta para tomar decisiones en mi organización:</p> <p>A) Nunca B) Casi nunca C) A veces D) Regularmente E) Casi siempre F) Siempre</p>	<p>5. El sueldo que percibo cubre mis necesidades:</p> <p>A) Nunca B) Casi nunca C) A veces D) Regularmente E) Casi siempre F) Siempre</p>	<p>9. Me considero una persona independiente:</p> <p>A) Nunca B) Casi nunca C) A veces D) Regularmente E) Casi siempre F) Siempre</p>
<p>2. Mis ideas ayudan a la innovación de la empresa:</p> <p>A) Nunca B) Casi nunca C) A veces D) Regularmente E) Casi siempre F) Siempre</p>	<p>6. Consigo trabajo gracias a mis habilidades:</p> <p>A) Nunca B) Casi nunca C) Algunas veces D) Regularmente E) Casi siempre F) Siempre</p>	<p>10. Cumplo mis metas con facilidad:</p> <p>A) Nunca B) Casi nunca C) A veces D) Regularmente E) Casi siempre F) Siempre</p>
<p>3. Me peleo con mis compañeros de trabajo:</p> <p>A) Siempre B) Casi siempre C) Regularmente D) A veces E) Casi nunca F) Nunca</p>	<p>7. Cuando me enfermo es por descuido propio:</p> <p>A) Siempre B) Casi siempre C) Regularmente D) Algunas veces E) Casi nunca F) Nunca</p>	<p>11. He pensado en el suicidio:</p> <p>A) Siempre B) Casi siempre C) Regularmente D) A veces E) Casi nunca F) Nunca</p>
<p>4. Cuando cometo algún error en mi trabajo, toman represalias:</p> <p>A) Siempre B) Casi siempre C) Regularmente D) A veces E) Casi nunca F) Nunca</p>	<p>8. Me siento feliz con la familia que tengo:</p> <p>A) Nunca B) Casi nunca C) Algunas veces D) Regularmente E) Casi siempre F) Siempre</p>	<p>12. Tengo pensamientos negativos:</p> <p>A) Siempre B) Casi siempre C) Regularmente D) A veces E) Casi nunca F) Nunca</p>

<p>13. Resuelvo mis problemas de la mejor manera: A) Nunca B) Casi nunca C) A veces D) Regularmente E) Casi siempre F) Siempre</p>	<p>21. Mi pareja me hace sentir importante: 6) Siempre 5) Casi siempre 4) Regularmente 3) A veces 2) Casi nunca 1) Nunca</p>	<p>29. Mis compañeros de trabajo son conmigo: Groseros 1 2 3 4 5 Cordiales</p>
<p>14. Me irrito fácilmente: A) Siempre B) Casi siempre C) Regularmente D) A veces E) Casi nunca F) Nunca</p>	<p>A partir de esta pregunta debe elegir el número que más describa la situación o afirmación.</p> <p>22. Mi nutrición puede describirse como: Inestable 1 2 3 4 5 6 Estable</p>	<p>30. El ambiente de mi trabajo me: Desmotiva 1 2 3 4 5 6 Motiva</p>
<p>15. Evito la actividad física: A) Siempre B) Casi siempre C) Regularmente D) A veces E) Casi nunca F) Nunca</p>	<p>23. Mi actividad física se asocia como: Sedentarismo 1 2 3 4 5 6 Deporte</p>	<p>31. El sueldo que gano es: Malo 1 2 3 4 5 6 Bueno</p>
<p>16. Hago ejercicio: A) Nula B) Escaso C) Poco D) Insuficiente E) Necesario F) Suficiente para mantenerme en forma</p>	<p>24. Mi salud física puede describirse: Inestable 1 2 3 4 5 6 Estable</p>	<p>32. Con mi pareja me siento: Insatisfecho (a) 1 2 3 4 5 6 Satisfecho (a)</p>
<p>17. Consumo comida no balanceada (papas, refresco, alimentos fritos, dulces): A) Siempre B) Casi siempre C) Regularmente D) A veces E) Casi nunca F) Nunca</p>	<p>25. Me describiría como una persona Poco exitoso 1 2 3 4 5 6 Exitosa</p>	
<p>18. La cantidad de comida nutritiva que consumo (cereales, carnes, vegetales, frutas, etc.) es: A) Nula B) Escasa C) Poca D) Insuficiente E) Necesaria F) Suficiente</p>	<p>26. Soy alguien Imprudente 1 2 3 4 5 6 Prudente</p>	
<p>19. Tener relaciones sexuales me hace sentir: A) Insatisfecho B) Con dolor físico C) Incómodo D) Bien E) Relajado F) Satisfecho</p>	<p>27. Me considero una persona: Fracasada 1 2 3 4 5 6 Realizada</p>	
<p>20. Las relaciones sexuales con mi pareja son placenteras: 6) Siempre 5) Casi siempre 4) Regularmente 3) A veces 2) Casi nunca 1) Nunca</p>	<p>28. Mis relaciones sexuales son: incómoda 1 2 3 4 5 6 Cómoda</p>	

Por último, le pido por favor responda una serie de preguntas sobre datos generales. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y la información que proporcione será utilizada sólo para fines estadísticos de esta investigación.

1. ¿Cuál es su edad?		años			
2. Género:		Femenino	Masculino		
3. ¿Cuál es su estado civil?					
<input type="text"/>					
4. ¿Tiene pareja actualmente?					
Si		No			
5. ¿tiene hijos?					
Si		No			
6. ¿Cuál es su escolaridad concluida?					
<input type="text"/>					
7. ¿A qué sector pertenece su trabajo?					
Privado		Gobierno			
8. Antigüedad en su empleo					
<input type="text"/>					
9. Ingreso económico mensual					
<input type="text"/>					
10. ¿De cuantas horas dispone al día para realizar otro tipo de actividad ajena al trabajo?					
<input type="text"/>					
11. En promedio, ¿Cuántas horas duerme diariamente?					
<input type="text"/>					
12. ¿Qué transporte utiliza para llegar al trabajo? Puede seleccionar más de uno.					
Llego caminando	Metro	Metrobús	Microbús	Auto propio	Otro:
13. Considerando ida y vuelta ¿Cuánto gasta a diario en transporte?					
<input type="text"/>					
14. Considerando su jornada laboral más el tiempo extra, ¿Cuántas horas trabaja diariamente?					
<input type="text"/>					
15. En promedio, ¿Cuánto tiempo invierte a diario para trasladarse al trabajo?					
<input type="text"/>					

¡Gracias por su colaboración!