



---

---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

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

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**ANGÉLICA CORTÉS MARTÍNEZ**

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

REVISOR: **GABRIEL JARILLO ENRÍQUEZ**

ASESOR ESTADÍSTICO: **ALBERTO GALICIA MONTOYA**

**MÉXICO, D.F., 2015**





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.

# Agradecimientos

---

A mi Universidad Nacional Autónoma de México, a la cual es un orgullo pertenecer, y en donde disfruté lo que significa aprender, porque nunca es suficiente y desear querer saber más y más.

A mi querida Facultad de Psicología donde en cada aula aportó a mi crecimiento profesional, por ser el lugar donde aprendí a amar la Psicología y saber que es esto lo que verdaderamente me gusta.

Dr. Felipe Uribe por su gran apoyo y motivación para la culminación de esta investigación, por ser ejemplo de constancia, y amor a lo que realmente nos gusta. Por cultivar en mi la curiosidad y deseo de aprender.

A Alberto Galicia por su apoyo ofrecido en este trabajo, por su tiempo y conocimiento compartido y por impulsar el desarrollo de la investigación. Por siempre tener respuesta.

A ti mamá por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, desde siempre mi ejemplo y modelo a igualar, por demostrarme con tu trabajo lo bonito que es amar lo que haces, y hacer las cosas de la mejor manera, por tu entrega, pasión y amor y por siempre confiar en mí. Porque de ti aprendí la fuerza y tu entrega que se necesitan.

A ti papá por caminar a mi lado y por tu obsesión de hacerme la niña más inteligente de clase, que con tu ejemplo de constancia y deseo por más en todo aspecto, forjaste en mí curiosidad ante la ciencia, por dejarme soñar e impulsarme en ello, por enseñarme a no conformarme y por no callar cuando algo era injusto.

Luz, gracias por ser mi segunda mamá por cada gesto de amor, por cada abrazo cuando más lo necesité, por tu entusiasmo en cada vez que juntas veíamos que

faltaba mucho por concluir, por enojarte conmigo ante las injusticias y hacerme pensar cosas impensables, por hacerme ver que todo tiene solución, por creer en mí, y por ser positiva en todo momento.

Alejandro y Sandra, gracias por ser los mejores y apapachadores tíos, por desvelarse conmigo, por su paciencia, dedicación, por hacer los mejores cafés del mundo, por estar ahí cuando más los necesito y nunca fallar.

A ti Rafael, por ser quien me acompañó en esta aventura llamada tesis, quien sabía en todo momento el estatus de ella, quien con tu positividad, perseverancia y constancia que te caracterizan, me recordaste tener la fuerza. Por nuestras risas juntos y por siempre impulsarme a tomar el riesgo.

Mi querida Valeria por aprender de ti la asertividad y el sazón de la vida, por estar al pendiente de todo lo que sucede y por ser fuente de energía cuando lo necesité.

Es el momento de recordar que esto no lo hubiera podido lograr sola pues muchas veces, me desanimé, perdí el entusiasmo y todo lo que tiende a pasar cuando las cosas no se fueron dando como quería, fue así como ustedes que de una manera u otra siempre estuvieron a mi lado apoyándome, entusiasmándome cada que me rendía, dándome ánimo siempre.

Angélica Cortés

## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	2
<b>Capítulo 1 Salud</b>	5
Evolución del concepto de Salud	8
Concepto de Salud	14
Psicología de la Salud	18
La salud como comportamiento	25
Determinantes de la Salud	34
Prevención primaria y promoción de la Salud	37
Salud Ocupacional	40
<b>Capítulo 2 Calidad de Vida</b>	51
Calidad de Vida	52
Calidad de Vida según la OMS	60
Escalas de Calidad de Vida	74
Calidad de Vida Laboral	81
Calidad de Vida en México	88
<b>Capítulo 3 Psicometría</b>	98
Medición en Psicología	99
Prueba Psicométrica	100
Psicometría	101
Teoría Clásica de los Tests	102
Creación de nuevos test con base en la Psicometría	104
Diseño de la Prueba	109
Confiabilidad	114
Validez	119
Análisis Factorial	122
Análisis Paramétricos	125
<b>Método</b>	129
Planteamiento y justificación del problema de investigación	130
Objetivos de la investigación	131
Preguntas de Investigación	131
Hipótesis	132
Tipo de Investigación	132

Variables	132
Definición Conceptual	133
Definición Operacional	136
Muestra	138
Instrumento	138
Procedimiento	138
<b>Resultados</b>	<b>145</b>
Características sociodemográficas de la muestra	150
T de Student para Medias Independientes	163
Confiabilidad	166
Análisis Factorial	167
Análisis de Varianza	174
Correlaciones de Pearson	188
<b>Discusión y Conclusiones</b>	<b>194</b>
<b>Referencias</b>	<b>200</b>
<b>Anexo</b>	<b>212</b>

El objetivo principal de la presente investigación fue obtener la confiabilidad y validez del constructo Calidad de Vida versión C, así como conocer su relación con las variables sociodemográficas en una muestra de trabajadores mexicanos. Cervantes y Santana (2014) desarrollaron un Banco de reactivos de Calidad de Vida con base en la definición de la Organización Mundial de la Salud. Para la continuación de esa primera investigación, en esta tesis se realizó el piloteo de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida, por lo que el Banco de reactivos original fue distribuido en tres versiones, las cuales estuvieron compuestas por los siete factores (ámbito físico, ámbito psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, medio, espiritualidad y trabajo). En la aplicación de la escala participaron 200 trabajadores mexicanos del Distrito Federal y área metropolitana. Se obtuvo un instrumento final de 202 reactivos el cual mide los siete factores, producto de un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales y rotación Varimax. Además, se obtuvo una confiabilidad con alfa de Cronbach de .90 para los siete factores respectivamente. Se realizaron también ANOVA y correlación Pearson para determinar relaciones estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas y calidad de vida. Finalmente se cumplió el objetivo de obtener la validez y confiabilidad de la primera Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida versión C. La aportación de validar una EMMCV que incluye el factor Laboral permitirá diseñar planes de acción encaminados a mejorar la Calidad de Vida en trabajadores mexicanos.

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

## Introducción

---

La importancia de evaluar los perfiles de Calidad de Vida en la sociedad, por medio de la búsqueda de información, la metodología y las técnicas adecuadas, nos permite conocer el panorama de cómo se estructuran las condiciones de vida en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que pueden influir en la salud y el bienestar de las personas. Con esta información se pueden detectar aquellos factores que son considerados elementales para la vida diaria, al igual que conocer los países que tienen un nivel de vida alto o son catalogados de primer mundo. Cervantes y Santana (2014).

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



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

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

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

Posteriormente se presenta la metodología llevada a cabo, la cual comprende la justificación y el planteamiento del problema, así como sus objetivos. En este apartado se presenta el proceso que conformó la parte empírica del proyecto:

a) el diseño de la escala distribuida en tres versiones, b) la aplicación de las escalas a una población determinada, y c) los análisis estadísticos para la validación psicométrica de la EMMCV, así como otros análisis para determinar posibles relaciones con variables sociodemográficas.

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

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

Finalmente, se cuenta con un apartado de referencias y anexos, que contiene la versión completa del instrumento versión C denominado EMMCV.

# **CAPÍTULO 1**

## **SALUD**

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

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

---

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

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

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

interpretación mágica previa al conocimiento científico. (Ballester, 1996)

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

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

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

Esta visión ofrecía una explicación psicológica y fisiológica, es decir, había una relación mutua entre mente y cuerpo; pero sólo en términos de perturbaciones físicas y mentales, teniendo ambas una causa física subyacente. Esta perspectiva dominó el pensamiento durante muchos siglos posteriores, pero perdió predominio

en el siglo XVIII cuando se desarrolló la medicina orgánica y, en concreto, la patología celular que no respaldaba los fundamentos humorales. (Morrison y Bennett, 2008)

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

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

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

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

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

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

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

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

maquinaria. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos. (Amigo et al., 2009)

### **SUPUESTOS BÁSICOS DEL MODELO BIOMÉDICO**

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

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

### **EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL**

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

La Teoría de Sistemas sirve de marco explicativo para el modelo biopsicosocial. Los diferentes sub-sistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico) están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual. Los procesos de causalidad son



múltiples y más circulares que lineales. La realidad es considerada como una red de procesos íntimamente interconectados. (Oblitas, 2004)

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

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

## Concepto de Salud

---

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

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

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

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

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

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

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

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

En el X Congreso de Medicina y Biología llevado a cabo en Valencia en 1976, se realizó una propuesta de definición de salud relacionada a otros aspectos adicionales al de bienestar: “La salud es una manera de vivir cada vez más

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

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

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

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

(Orozco, 2006, p. 9).

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

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

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

En el presente trabajo se tomará como base la definición de Simón (1999), la cual apoya una concepción dinámica de la salud, aplicable tanto a individuos como a colectivos. Donde la salud es un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, sociales, económicas y culturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar psicosocial. La enfermedad es la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos,

síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales.

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

Psicología de la Salud

---

### **NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

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

Según Amigo et al. (2009) son tres las razones que suelen plantearse como causas particulares de la emergencia de la Psicología de la Salud. La primera se refiere al cambio en la preocupación sanitaria que se ha suscitado desde mediados del siglo XX, el cual ha evolucionado de las epidemias por enfermedades infecciosas (controladas actualmente por los antibióticos), a los trastornos de cáncer crónico cuya etiología es multicausal, que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. En el origen de estas enfermedades crónicas se encontró que los factores sociales y psicológicos, el estrés cotidiano y los comportamientos muestran los estilos de vida. Esto quiere decir, que la salud

de la persona ya no sólo depende de lo que tiene o no tiene (en el sentido de substrato biológico), sino cómo el sujeto interpreta, siente y responde a las demandas de la vida, por lo tanto se debe tener un papel activo y responsable en el control de aquellos factores que afectan su salud (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004). El incremento de este tipo de enfermedades es producto de comportamientos y hábitos poco saludables que facilitan su aparición.

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

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

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

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

Por estas razones y en pleno desarrollo de esta perspectiva acerca de los problemas relacionados con la salud, la Psicología de la Salud fue formalmente reconocida en 1979 cuando la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) aprobó la formación de la División de la Psicología de la Salud (Sheridan y Radmacher, 1992).

## **DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

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

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

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

Como se puede apreciar en las definiciones de la misma (véase Tabla 1), la Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la Psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud, incluyendo a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como al análisis y mejora del sistema sanitario y políticas de salud, consistentes en la investigación de aquellos factores comportamentales en la preservación de la salud para su elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos. (Simon, 1999).



**Tabla 1. Definiciones de Psicología de la Salud**

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

**Tabla 1. (Continuación)**

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

**Tabla 1. (Continuación)**

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

**Tabla 1. (Continuación)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- La realización de un marco teórico para facilitar:
  - La evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad.
  - La predicción de las conductas protectoras y de riesgo para la salud.
  - La comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad y en el tratamiento y rehabilitación de la misma.
  
- Poner en práctica dicho marco teórico para:
  - La promoción de estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad.
  - El tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación del paciente.
  - La mejora de los servicios de salud.

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

Cabe destacar entonces, el cada vez menos indiscutible y destacado papel del comportamiento en la salud, lo que ha dado lugar al campo de investigación e intervención de la Psicología de la Salud. El énfasis en ésta nueva área se sitúa en la prevención, enfocando sus intervenciones en la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados. (Oblitas, 2006)

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

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

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

Esta definición estaba influida por una perspectiva médica, ya que supone que las personas sanas realizan determinada conducta con la única intención de prevenir la aparición de una enfermedad. No obstante, ya sea intencional o no, la realización de una conducta de salud puede prevenir enfermedades y la progresión de una enfermedad una vez establecida. Ésta perspectiva fue reconocida por Harris y Guten (1979, citados en Morrison y Bennett, 2008), en la que una de conducta de salud es aquella que realiza un individuo, independientemente de su percepción de estado de salud, con el fin de proteger,

promover y mantener su salud.

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

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

A continuación se presentan las conductas patógenas.

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

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



**Tabla 2 (Continuación)**

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

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

### **CONSUMO DE ALCOHOL**

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

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

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

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

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

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

## **FUMAR**

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

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

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

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

## **CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO**

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

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

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

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

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

el uso del condón o usándolo de forma incorrecta. (Uribe et al., 2012)

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

## **DIETA SANA**

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

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

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

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

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

## **EJERCICIO FÍSICO**

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

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

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

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

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

de un estilo de vida saludable. (Martínez et al., 2003)

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

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

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

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

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

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

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

## Los determinantes de la Salud y las conductas de salud

---

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prevención primaria y Promoción de la salud

---

### **OBSTÁCULOS DE LA PREVENCIÓN DE LA SALUD**

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

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

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

finalizan con la muerte de aquellos sin la más mínima atención.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Salud Ocupacional

---

### **SURGIMIENTO DE LA SALUD OCUPACIONAL**

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

trabajo y el ser humano. (Juárez, 2007)

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

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

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

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

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

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

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



## **DEFINICIÓN DE SALUD OCUPACIONAL**

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

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

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

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

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

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

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

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

(Organización Internacional del Trabajo, 1984 en Gómez, 2007).

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

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

## **OBJETO DE ESTUDIO**

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

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

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

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

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

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

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

## **PSICOLOGÍA DE LA SALUD OCUPACIONAL**

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

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

eficacia organizacional y adaptación de la organización a su entorno externo (Salanova, 2009).

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

**Tabla 4. Factores contextuales que afectan a la seguridad, salud y bienestar de los trabajadores (Salanova, 2009)**

<p><i>Contexto externo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo económico</li> <li>▪ Políticas de regulación de empleo y de sindicación</li> <li>▪ Legislación</li> <li>▪ Innovación tecnológica</li> <li>▪ Cambios sociales</li> <li>▪ Cambios demográficos</li> </ul>
<p><i>Contexto organizacional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procesos de reestructuración organizacional</li> <li>▪ Nuevas iniciativas para la dirección de la calidad y los procesos de trabajo</li> <li>▪ Contratos de trabajo alternativos</li> <li>▪ Estrategias organizacionales de conciliación trabajo-familia</li> <li>▪ Desarrollo de nuevas competencias</li> </ul>

#### *Contexto del puesto*

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

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

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

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

#### Resumen

---

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

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

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



# **CAPÍTULO 2**

## **CALIDAD DE VIDA**

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

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

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

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

## Calidad de Vida

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) La sensación de bienestar.

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

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

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

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

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

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

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

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

A continuación se encuentran definiciones aportadas por diferentes autores:

**Tabla 5. Definiciones de Calidad de Vida**

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



**Tabla 5. (Continuación)**

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

**Tabla 5. (Continuación)**

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

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

### Calidad de Vida según la Organización Mundial de la Salud

---

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

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

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

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

Las medidas de CV deben ser:

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

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

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

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

**Tabla 6. Factores y Subfactores de WHOQOL-100**

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

Fuente: Adaptado de Simón (1999)

## **FACTOR 1 ÁMBITO FÍSICO**

### **1. Dolor y malestar**

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

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

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

## **2. Energía y fatiga**

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

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

### **3. Sueño y descanso**

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

## **FACTOR 2 ÁMBITO PSICOLÓGICO**

### **4. Sentimientos positivos**

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

### **5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración**

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

## **6. Autoestima**

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

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

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

## **7. Imagen corporal**

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

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

## **8. Sentimientos negativos**

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

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

## **FACTOR 3 GRADO DE INDEPENDENCIA**

### **9. Movilidad**

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

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



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

## **10. Actividades cotidianas**

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

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

## **11. Dependencia de medicación o tratamientos**

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

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

## **12. Capacidad de trabajo**

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

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

## **FACTOR 4 RELACIONES SOCIALES**

### **13. Relaciones personales**

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

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

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

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

## **14. Apoyo social**

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

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

## **15. Actividad sexual**

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

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

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

## **FACTOR 5 MEDIO**

### **16. Seguridad física**

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

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

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

### **17. Medio doméstico**

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

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

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

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

## **18. Recursos económicos**

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

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

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

## **19. Salud y atención social: disponibilidad y calidad**

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

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

## **20. Oportunidades para obtener y adquirir nueva información**

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

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

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

## **21. Participación y oportunidades para el ocio**

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

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

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

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

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

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

## **23. Transporte**

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

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

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

## **FACTOR 6 ESPIRITUALIDAD**

### **24. Espiritualidad/religión/creencias personales**

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

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

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

Escalas de Calidad de Vida

---

### **MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 15. Hogar
- 16. Vecindad
- 17. Comunidad

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

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

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

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

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

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

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

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

Otros instrumentos desarrollados para medir la Calidad de Vida son:

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

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

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

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

## Calidad de Vida Laboral

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

A continuación se muestran diversas definiciones sobre Calidad de Vida Laboral

**Tabla 7. Definiciones de Calidad de Vida Laboral**

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

**Tabla 7. (Continuación)**

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

**Tabla 7. (Continuación)**

Autor	Definición
Mateu (1984)	<p>“la oportunidad para todos los empleados, a todos los niveles de la organización, de influir eficazmente sobre su propio ambiente de trabajo, a través de la participación en las decisiones que afectan al mismo, logrando así una mayor autoestima, realización personal y satisfacción en su trabajo”.</p>
Turcotte (1986)	<p>“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”.</p>
Sun (1988)	<p>“...un proceso dinámico y continuo para incrementar la libertad de los empleados en el puesto de trabajo mejorando la eficacia organizacional y el bienestar de los trabajadores a través de intervenciones de cambio organizacional planificadas, que incrementarán la productividad y la satisfacción”.</p>

**Tabla 7. Continuación**

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

**Tabla 7. (Continuación)**

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

*Fuente: Adaptado de Da Silva (2006).*

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

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

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

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

### Calidad de Vida en México

---

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

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

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

### **ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) – PNUD**

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

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

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

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

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

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

#### **ÍNDICE DE PROSPERIDAD LEGATUM – INSTITUTO LEGATUM**

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

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

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



- Seguridad y Protección
- Libertad Personal
- Capital Social

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

### **¿CÓMO VAMOS, CIUDAD DE MÉXICO?**

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

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

#### **Ingreso y empleo**

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

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

### **Pobreza y desigualdad**

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

### **Educación**

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

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

## **Salud**

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

## **Cultura, recreación y deporte**

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

## **Vivienda**

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

## **Desarrollo urbano**

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

## **Movilidad y transporte**

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

## **Medio ambiente**

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

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

### **Seguridad y justicia**

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

### **Gobierno**

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

## Resumen

---

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

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

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

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

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

# **CAPÍTULO 3**

# **PSICOMETRÍA**



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

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

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

## Medición en Psicología

---

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

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

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

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

### Test o Prueba psicométrica

---

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

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

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

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

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

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

## Psicometría

---

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

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

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

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

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

## Teoría Clásica de los Tests

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

$$X = V + e$$

En donde:

**X** es la puntuación empírica de un sujeto

**V** es la puntuación verdadera y

**E** es el término de error

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

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

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

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

#### Creación de nuevos test con base en la Psicometría

---

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

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

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

### **CONSTRUCCIÓN DE UN TEST O PRUEBA PSICOMÉTRICA**

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

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

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

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

### **A. Análisis del rasgo**

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

### **B. Elaboración de un conjunto de ítems**

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

### **C. Selección de ítems**

- Análisis subjetivo

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

- Análisis objetivo

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



- Teoría Clásica

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

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

#### b) Teoría de Respuesta al Ítem

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

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

#### **D. Estudio de la confiabilidad**

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

### **E. Estudio de la validez**

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

### **F. Estandarización de los resultados**

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

### **G. Normas de aplicación**

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

### **H. Piloteo**

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

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

## Diseño de la prueba

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Acuerdo ( ) Desacuerdo ( )

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

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

( ) Muy en Desacuerdo

( ) Bastante en Desacuerdo

( ) Neutral

( ) Bastante de Acuerdo

( ) Muy de Acuerdo

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

MD

MA

o se ordenan numéricamente las categorías sucesivas:

0. 2 3 4 5 6 7

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

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

### **Escala tipo Likert**

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

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

Un ejemplo de la escala tipo Likert es el siguiente:

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

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

Indiferente

En desacuerdo

Totalmente en desacuerdo

### **Diferencial semántico**

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

#### **Objeto de actitud: Candidato "A"**

JUSTO \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_: INJUSTO

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

JUSTO \_\_\_\_\_: **X** \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_: INJUSTO

INJUSTO \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_: **X** \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_: JUSTO

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

JUSTO \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ : INJUSTO  
INJUSTO \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ : JUSTO

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

JUSTO \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ : INJUSTO

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

### **Escalograma de Guttman**

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

Un ejemplo de este tipo de escala es el siguiente:

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

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

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

### Confiabilidad

---

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

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

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

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



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

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

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

Estos errores de medición pueden ser de dos tipos:

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

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

### **Confiabilidad como estabilidad de la medida**

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

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

### **Confiabilidad como consistencia interna**

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

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

### **Coefficiente de confiabilidad**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Factores que determinan la falta de confiabilidad**

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

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

## Validez

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Análisis Factorial

---

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Análisis Paramétricos

---

### **Correlación**

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

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

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

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

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

## **R de Pearson**

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

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

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

$-0.90$  = Correlación negativa muy fuerte

$-0.75$  = Correlación negativa considerable

$-0.50$  = Correlación negativa media

$-0.25$  = Correlación negativa débil

$-0.10$  = Correlación negativa muy débil

$0.00$  = No existe correlación alguna entre las variables

$+0.10$  = Correlación positiva muy débil

$+0.25$  = Correlación positiva débil

$+0.50$  = Correlación positiva media

$+0.75$  = Correlación positiva considerable

$+0.90$  = Correlación positiva muy fuerte

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

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

### **Prueba T de Student**

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

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

### **Análisis de Varianza Unidireccional o de un factor (ANOVA ONEWAY)**

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

### **Resumen**

---

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

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

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

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

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

# MÉTODO

## Planteamiento y justificación del problema de investigación

---

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

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

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

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



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

### Objetivos de la investigación

---

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

### Preguntas de Investigación

---

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

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

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

## Hipótesis

---

H<sub>1</sub>. Se obtendrá un coeficiente de confiabilidad significativo.

H<sub>2</sub>. Se obtendrá la validez preliminar de la Escala en la fase de piloteo.

H<sub>3</sub>. Existen relaciones estadísticamente significativas entre la Calidad de Vida y las variables sociodemográficas.

H<sub>30</sub>. No existen relaciones estadísticamente significativas entre la Calidad de Vida y las variables sociodemográficas.

## Tipo de investigación

---

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

## Variables

---

### Variable Dependiente

Calidad de vida, compuesta por los factores:

- Ámbito Físico
- Ámbito Psicológico
- Grado de Independencia
- Relaciones Sociales
- Medio
- Espiritualidad
- Trabajo

## Variables Independientes

Variables sociodemográficas:

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

## Definición Conceptual

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Definición Operacional

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Muestra

---

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

La participación total fue de 200 sujetos de la Ciudad de México y área metropolitana, de los cuales 105 fueron mujeres y 95 fueron hombres, con una edad mínima y máxima registrada de 18 años hasta 68 años, una media de 37.1 años y una desviación estándar de 12.57. El máximo nivel de estudios que se reportó en la población fue de 1% primaria, 5.5% secundaria, 6.5% bachillerato, 10.5% carrera técnica, 73% licenciatura y 3.5% posgrado. El estado civil predominante fue de 59% soltero y 27% casado. El 95% reportó estar trabajando actualmente.

## Instrumento

---

Para realizar esta investigación se usó el Banco de Reactivos para medir Calidad de Vida desarrollado por Fiscal y Muñiz Versión C (2013) el cual fue elaborado con base en los 6 factores de la OMS incluyendo además un séptimo factor relacionado a Calidad de Vida en el ámbito laboral. Consta de 202 reactivos de tipo frecuencial, diferencial y situacional, al que se añadieron reactivos referentes a variables sociodemográficas.

## Procedimiento

---

### **PRIMERA ETAPA**

#### **DISEÑO DE LAS ESCALAS**

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



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

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

<b>Escalas</b>	<b>Total de Reactivos</b>
<b>A</b>	199
<b>B</b>	201
<b>C</b>	202

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

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

**Tabla 8. Factores y Reactivos**

**Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida**

**Versión C**

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

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

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

**Tabla 9. Ejemplos del formato de reactivos de la Escala Mexicana  
Multidimensional de Calidad de Vida**

TIPO DE REACTIVO	REACTIVO														
<p align="center"><b>TIPO 1: FRECUENCIAL (ESCALA TIPO LIKERT)</b></p>	<p>1.- Tomo agua natural</p> <table border="1" data-bbox="813 485 1273 562"> <tr> <td></td> <td align="center"><b>N</b></td> <td align="center"><b>CN</b></td> <td align="center"><b>RO</b></td> <td align="center"><b>O</b></td> <td align="center"><b>R</b></td> <td align="center"><b>F</b></td> </tr> <tr> <td align="center"><b>1.-</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>RO</b>	<b>O</b>	<b>R</b>	<b>F</b>	<b>1.-</b>						
	<b>N</b>	<b>CN</b>	<b>RO</b>	<b>O</b>	<b>R</b>	<b>F</b>									
<b>1.-</b>															
<p align="center"><b>TIPO 2: DIFERENCIAL SEMÁNTICO</b></p>	<p>1. Mi actividad física se asocia con:</p> <table border="1" data-bbox="690 743 1395 812"> <tr> <td align="center"><b>63.-</b></td> <td align="center">Fatiga</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td align="center">Condición</td> </tr> </table>	<b>63.-</b>	Fatiga									Condición			
<b>63.-</b>	Fatiga									Condición					
<p align="center"><b>TIPO 3: SITUACIONAL</b></p>	<p>194. Cuando mi traslado es muy largo yo:</p> <table border="1" data-bbox="899 982 1187 1381"> <tr> <td align="center"><b>1</b></td> <td>Me aburro</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>2</b></td> <td>Me divierto</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>3</b></td> <td>Me estreso</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>4</b></td> <td>Leo</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>5</b></td> <td>Duermo</td> </tr> <tr> <td align="center"><b>6</b></td> <td>Me desespero</td> </tr> </table>	<b>1</b>	Me aburro	<b>2</b>	Me divierto	<b>3</b>	Me estreso	<b>4</b>	Leo	<b>5</b>	Duermo	<b>6</b>	Me desespero		
<b>1</b>	Me aburro														
<b>2</b>	Me divierto														
<b>3</b>	Me estreso														
<b>4</b>	Leo														
<b>5</b>	Duermo														
<b>6</b>	Me desespero														

La versión C para su aplicación se realizó en lápiz y papel.

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

El formato final de la escala incluyó un cuadernillo de preguntas y un cuadernillo de respuestas. Éstos fueron ordenados de esta forma para su aplicación (Consultar Anexo):

- Cuadernillo de preguntas
  - Portada
  - Instrucciones
  - Listado de reactivos
  
- Cuadernillo de respuestas:
  - Hoja de datos sociodemográficos
  - Hoja de respuestas

## **SEGUNDA ETAPA**

### **APLICACIÓN DE ESCALA**

La aplicación de las escalas estuvo conformado por 1 persona, siendo pasante de la Facultad de Psicología de la UNAM.

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

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

El tiempo aproximado para la contestación de cada escala fue de 35 a 45 minutos.

## **TERCERA ETAPA**

### **ANÁLISIS DE DATOS EN EL SPSS**

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

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

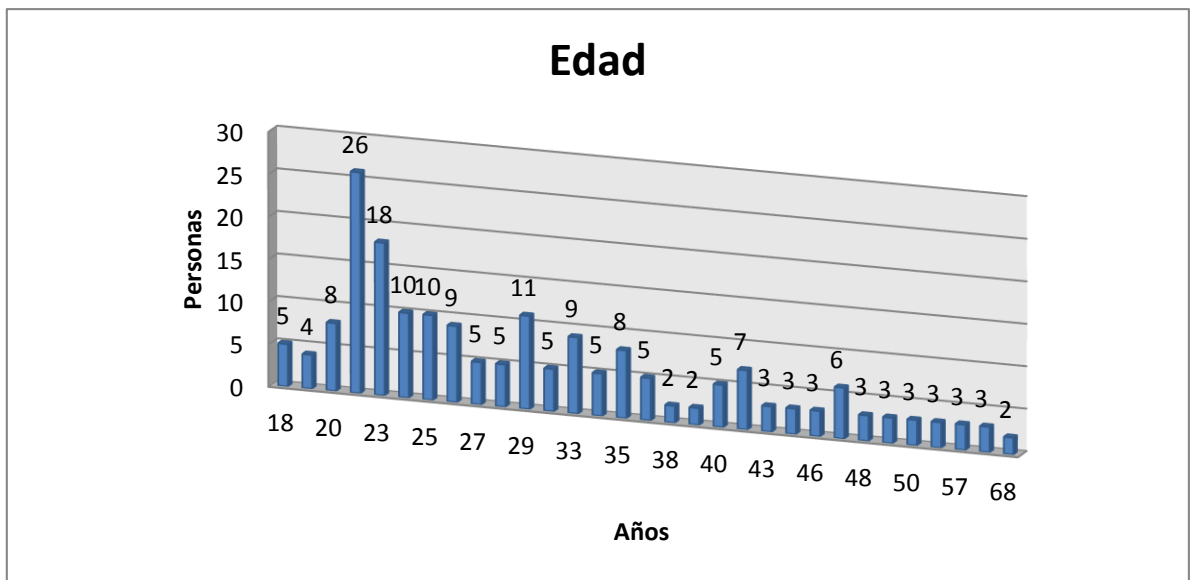
# RESULTADOS

## Características sociodemográficas de la muestra

La muestra total la conformaron 200 sujetos residentes en la Ciudad de México y área metropolitana. La aplicación por cada versión fue de la siguiente forma: 200 sujetos para la versión C.

### a) Edad.

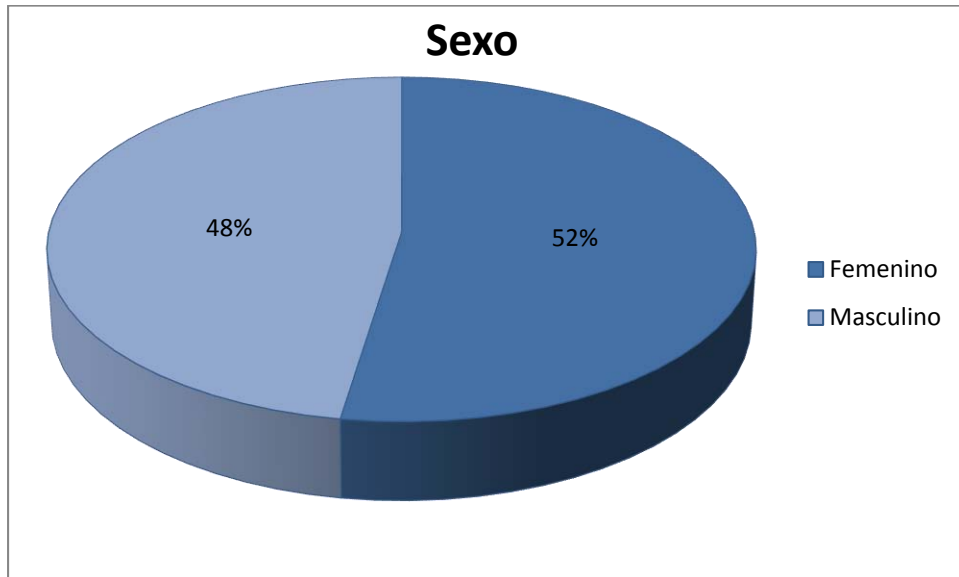
La edad mínima y máxima registrada fue 18 años hasta 68 años, con una media de 37.1 años y una desviación estándar de 12.57. 17 personas eran menores de 20 años, 99 tenían entre 21 y 30 años, 36 entre 31 y 40 años, 31 entre 41 y 50 años, 9 entre 51 y 60 años, 2 entre 61 y 70 años. Y seis personas no contestaron la pregunta.





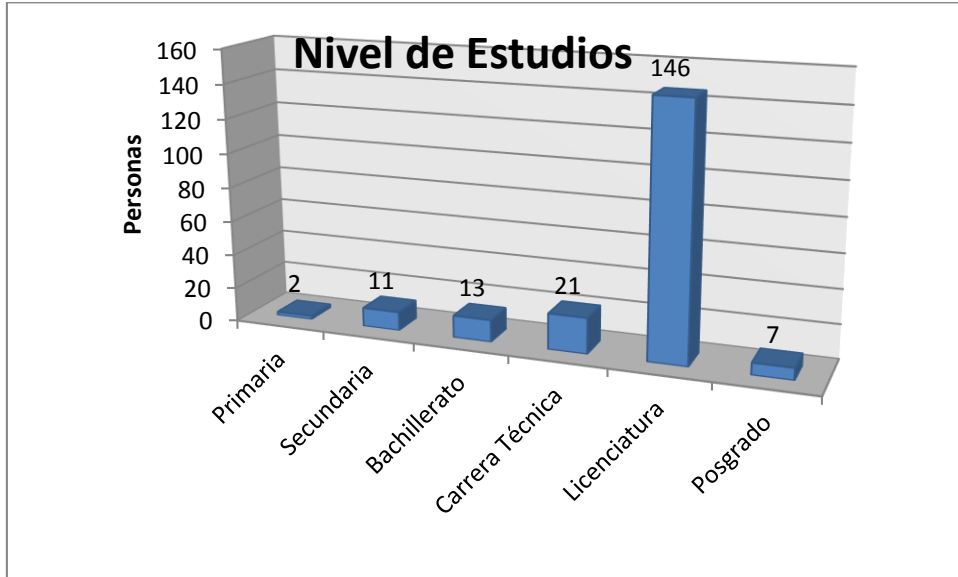
**b) Sexo.**

Participaron 105 mujeres y 95 hombres. Todas las personas contestaron la pregunta.



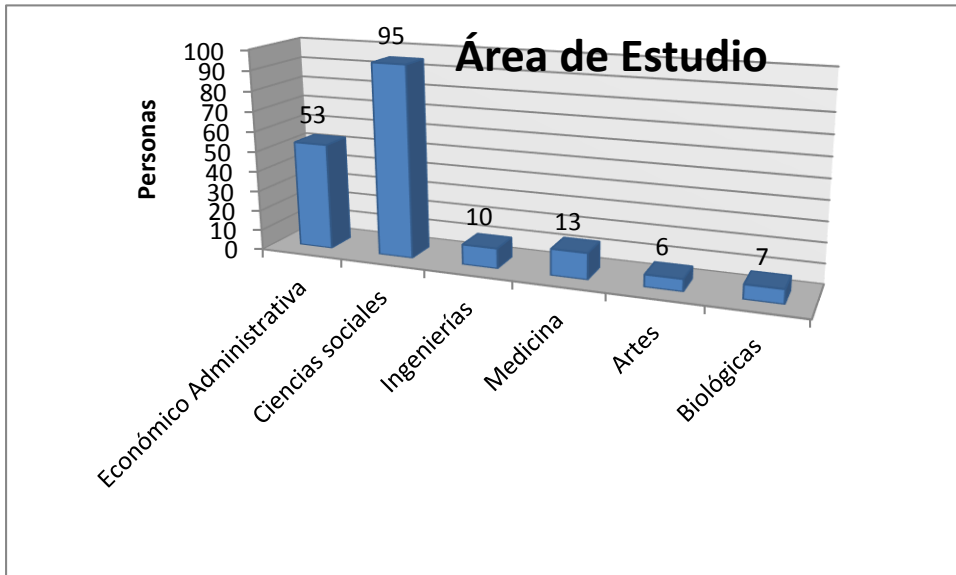
**c) Nivel de estudios**

2 personas reportaron tener un nivel máximo de estudios de primaria, 11 secundaria, 13 Bachillerato, 21 Carrera técnica, 146 Licenciatura y 7 Posgrado. Todos contestaron la pregunta.



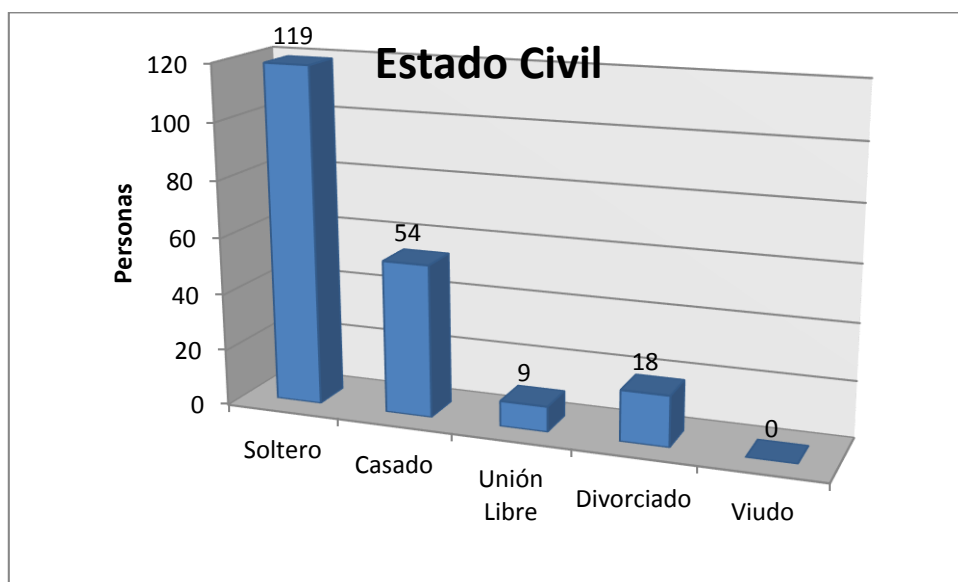
**d) Área de estudio**

53 participantes reportaron pertenecer a carreras relacionadas con el área Económico Administrativa, 95 con el área de Ciencias sociales, 10 al área de las Ingenierías, 13 al área de Medicina, 6 al área de Artes y 7 al área de Biológicas.



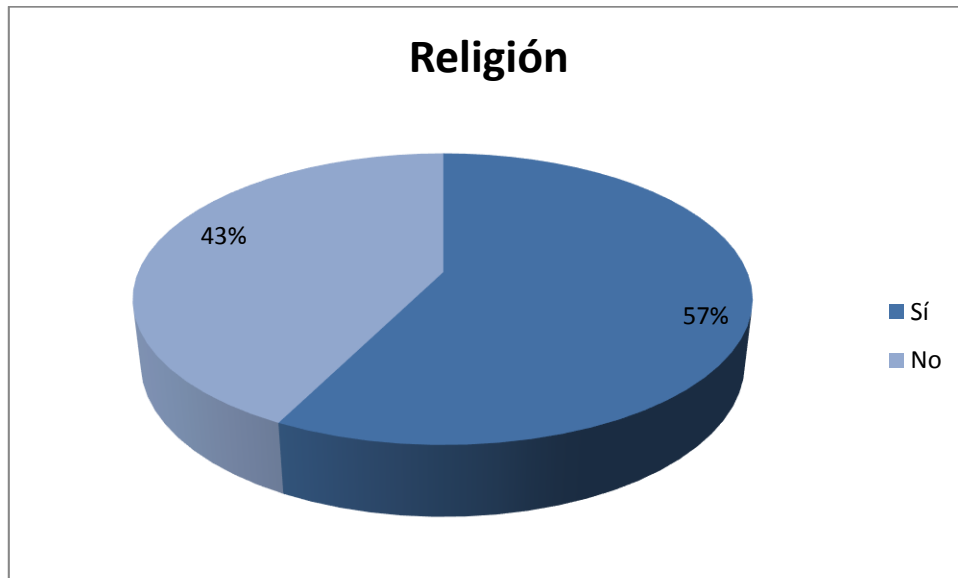
### e) Estado Civil

119 participantes reportaron ser solteros, 54 estar casados, 9 viven en unión libre, 18 son divorciados y 0 son viudos. Todos contestaron la pregunta.



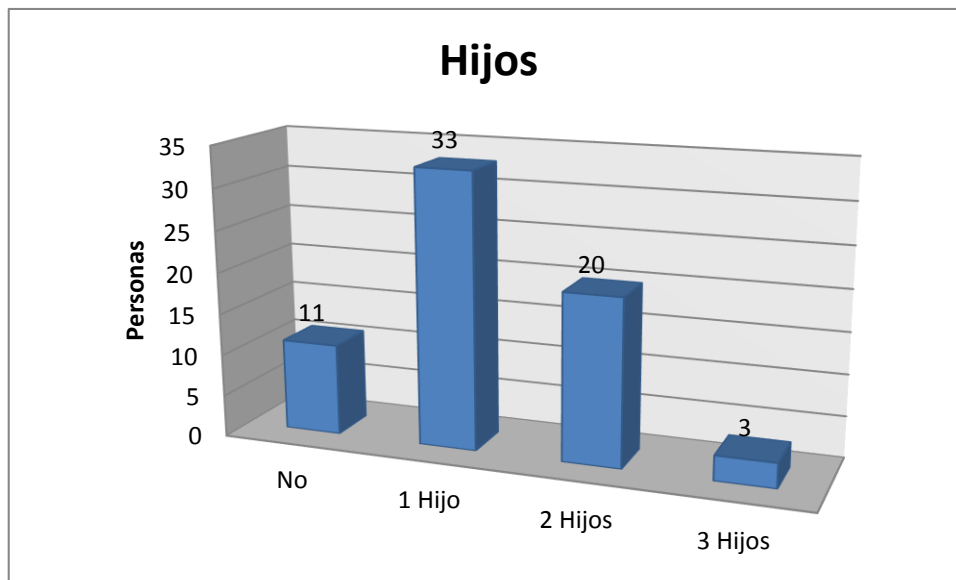
### f) Religión

112 contestaron profesar alguna religión y 83 contestaron no profesar religión alguna. 5 personas no contestaron la pregunta.



**g) ¿Tienes hijos?**

11 contestaron no tener hijos, mientras que 33 personas contestaron tener 1 hijo, 20 personas tiene 2 hijos y 3 personas respondieron tener 3 hijos.



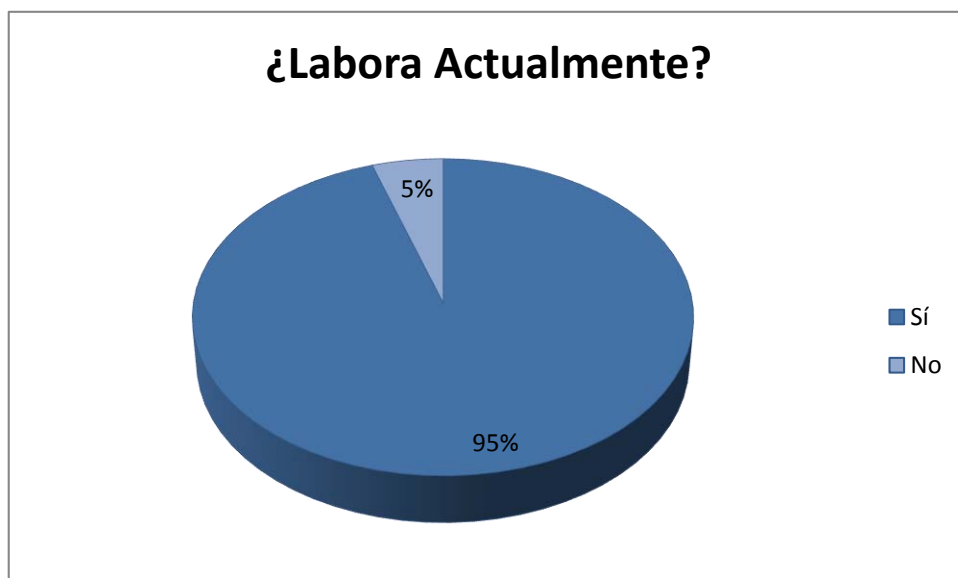
**h) ¿Tienes dependientes económicos?**

115 contestaron tener dependientes económicos, mientras que 76 contestaron no tener dependientes económicos.



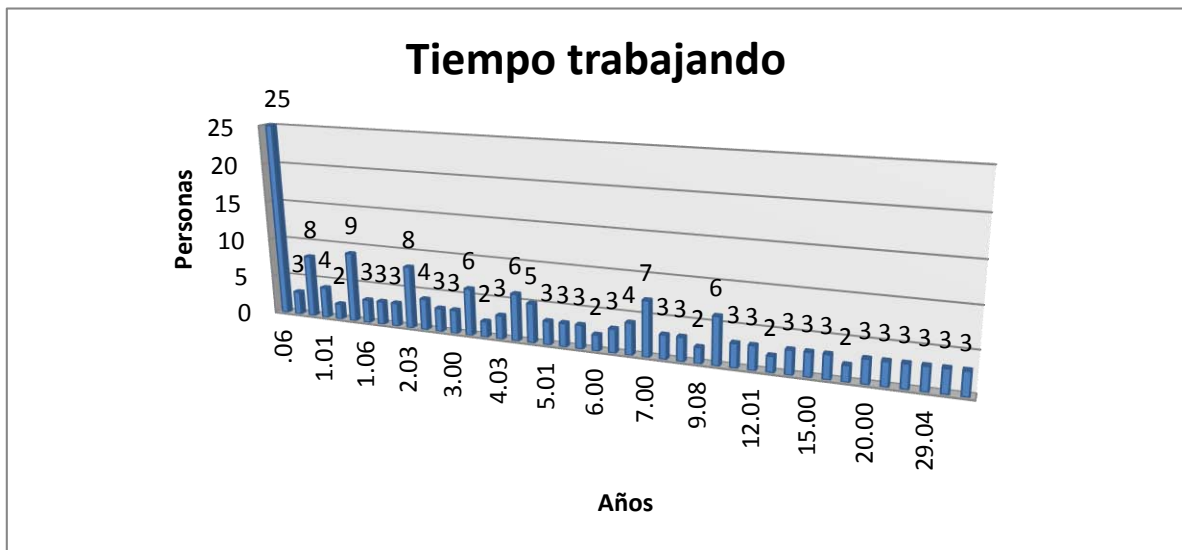
**i) Laborar actualmente**

190 personas reportaron estar laborando actualmente mientras que 10 reportaron no laborar. Todos contestaron la pregunta.



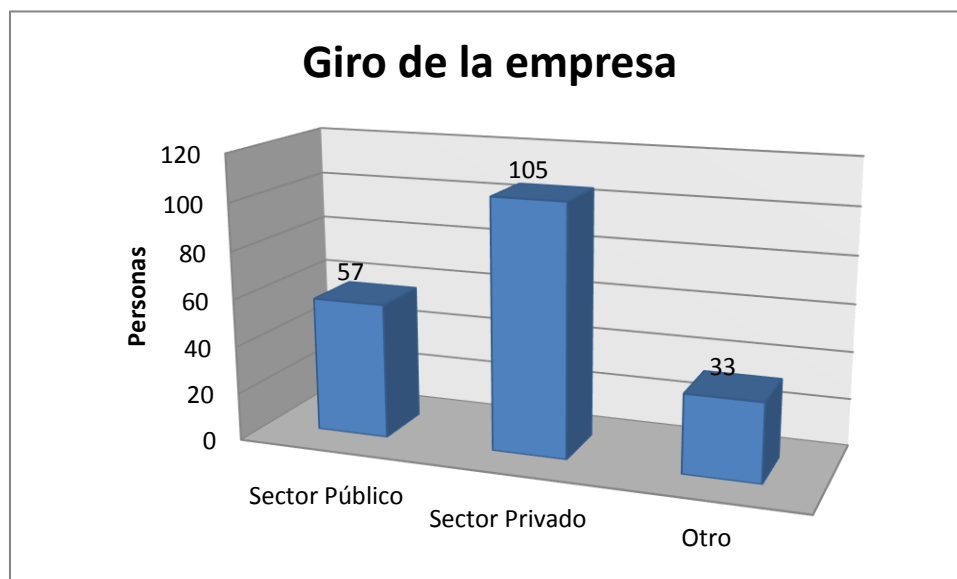
**j) ¿Cuánto tiempo tiene trabajando?**

25 personas contestaron tener al menos 6 meses trabajando, 24 grupos de 3 personas cada uno tienen 10, 18, 21, 24, 31, 36, 51 meses, 5 años y 1 mes, 5 años y 2 meses, 5 años y 9 meses, 8 años, 8 años y 8 meses, 10 años y 6 meses, 12 años y 1 mes, 13 años y 2 meses, 15 años, 15 años y 1 mes, 20 años, 24 años y 2 meses, 25 años, 29 años y 4 meses, 30 años y 30 años y 5 meses respectivamente. 2 grupos de 8 personas cada uno tienen 1 año, y 2 años y 3 meses respectivamente. 3 grupos de 4 personas cada uno tienen 13 meses, 30 meses, 6 años y 6 meses respectivamente. 6 grupos de 2 personas cada uno tienen 16 meses, 4 años y 2 meses, 6 años, 9 años y 8 meses, 12 años y 5 meses y 15 años y 6 meses respectivamente. 3 grupos de 6 personas cada uno tienen 4 años, 4 años y 6 meses y 10 años respectivamente. 9 personas 17 meses, 5 personas tienen 5 años y finalmente 7 personas tienen 7 años en su actual trabajo.



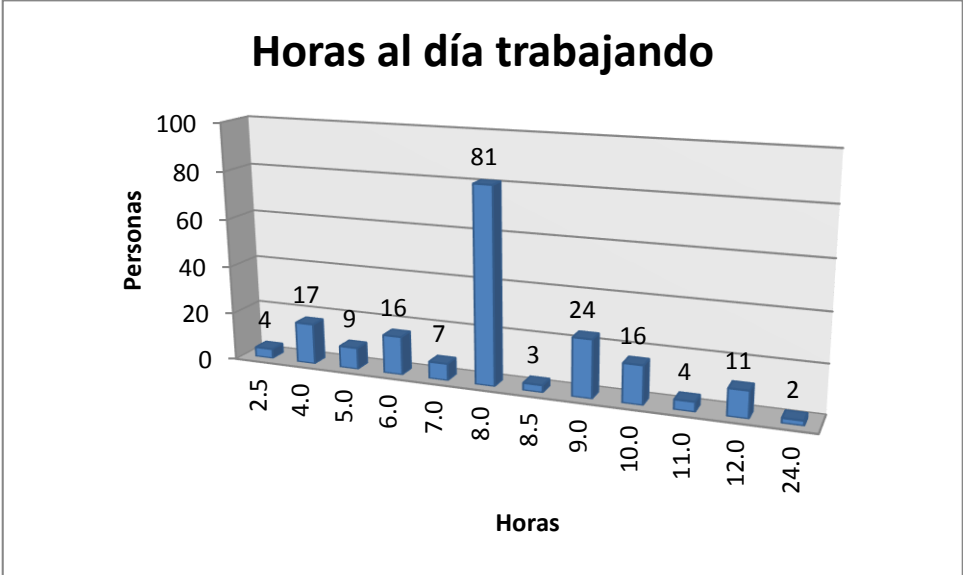
### k) Giro de la empresa

57 personas aseguraron laborar en el sector público, 105 en el sector privado y 33 en otro sector. 5 personas no contestaron la pregunta.



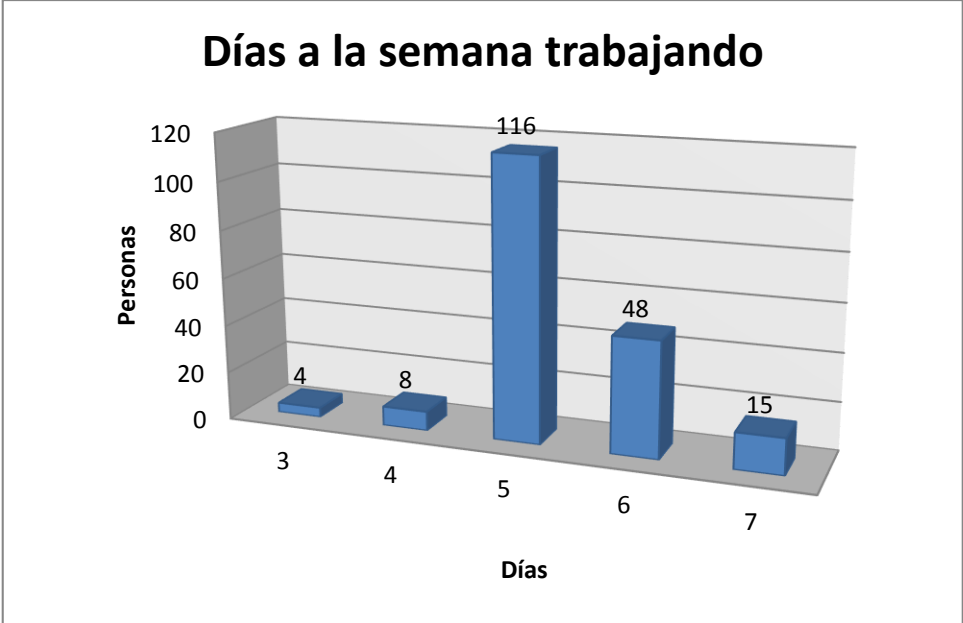
### l) ¿Cuántas horas trabaja al día?

La mayoría de las personas (81) reportó trabajar 8 horas al día, un segundo grupo con 24 personas 9 horas al día; y el tercer mayor grupo reporta trabajar 4 horas al día.



m) ¿Cuántas días a la semana?

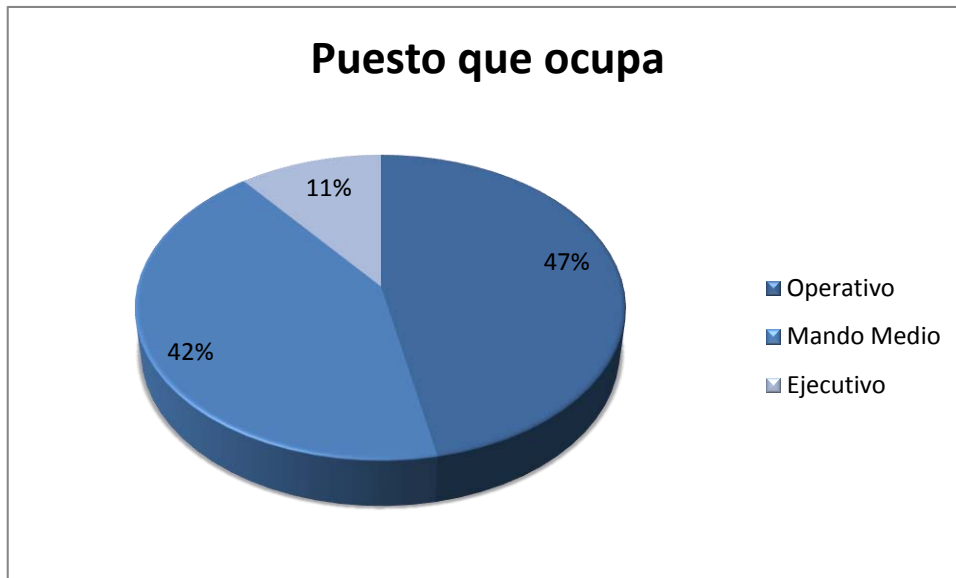
116 personas reportaron trabajar 5 días a la semana, 48 personas dicen trabajar 6 días a la semana y 15 personas más reportan trabajar la semana completa.





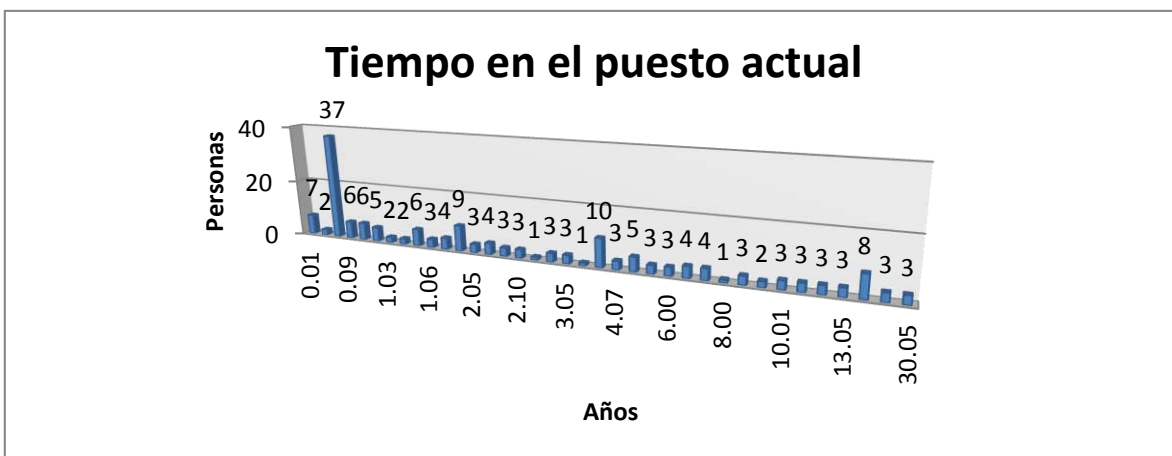
**n) Puesto que ocupa**

87 personas dicen ocupar un puesto operativo, mientras que 79 personas dicen ocupar un puesto de mando medio y finalmente 20 personas dicen ocupar un puesto ejecutivo.



**o) Tiempo en el puesto actual**

37 personas llevan 6 meses en su puesto actual, 10 personas llevan 4 años en su puesto actual mientras que 9 personas llevan 2 años y 3 meses.



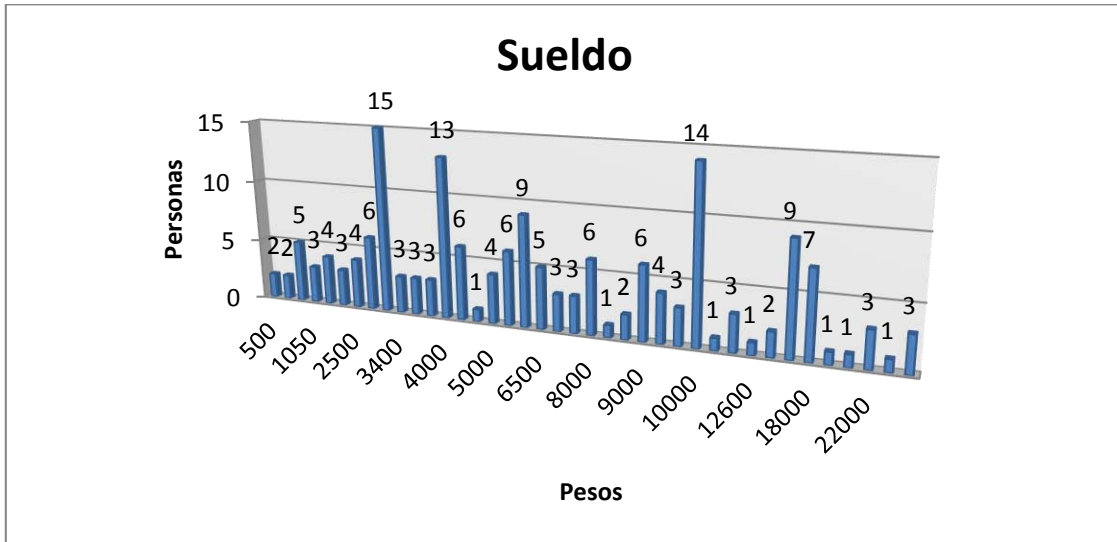
**p) Personal a su cargo**

138 personas dicen tener personal a su cargo mientras que 54 personas dicen no tener ninguna persona a su cargo.



**q) ¿Cuánto gana?**

Los tres mayores grupos reportan que 15 personas ganan 3 mil pesos, 14 personas gana 10 mil pesos y 13 personas ganan 4 mil pesos.



**r) ¿Tiene otro trabajo?**

175 personas reportan tener un único trabajo mientras que 17 personas dicen tener algún otro empleo.



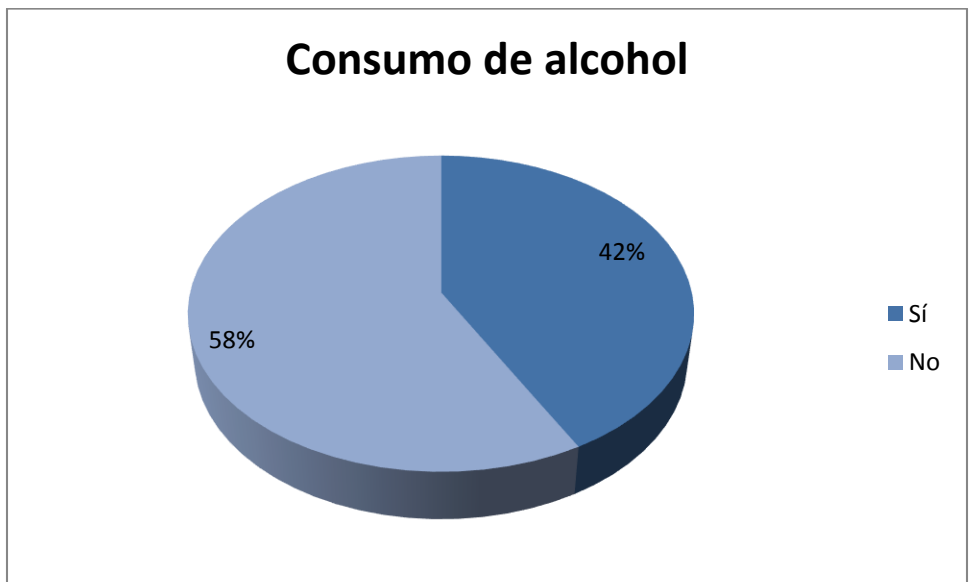
**s) Hábito de Fumar**

52 participantes tienen el hábito de fumar, mientras que 148 personas no fuman. Todos contestaron la pregunta.



**t) Consumo de alcohol**

84 personas reportaron consumir alcohol y 116 personas reportaron no consumirlo. Todos contestaron la pregunta.



**Discriminación de reactivos**

## T de Student para medias independientes

---

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

La distribución de los reactivos restantes se muestra en la Tabla 10.

**Tabla 10. Distribución de reactivos por factor y subfactor después de la Prueba T de Student para pruebas independientes**

<b>Versión</b>	<b>F1 ÁMBITO FÍSICO</b>				
	<b>SUBFACTOR A NUTRICIÓN</b>	<b>SUBFACTOR B EJERCICIO</b>	<b>SUBFACTOR C SALUD</b>	<b>SUBFACTOR D DESCANSO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>C</b>	8	5	5	4	22
<b>Versión</b>	<b>F2 AMBITO PSICOLOGICO</b>				
	<b>SUBFACTOR A SENSACIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS</b>	<b>SUBFACTOR B FUNCIONES COGNITIVAS</b>	<b>SUBFACTOR C PENSAMIENT O</b>	<b>SUBFACTOR D SEGURIDAD</b>	<b>TOTAL</b>
<b>C</b>	10	3	1	8	22
<b>Versión</b>	<b>F3 GRADO DE INDEPENDENCIA</b>				
	<b>SUBFACTOR A MOVILIDAD Y TOMA DE DECISIONES</b>	<b>SUBFACTOR B REALIZACIÓN (MADUREZ)</b>	<b>SUBFACTOR C CONTROL DE ENFERMEDAD</b>	<b>SUBFACTOR D DROGAS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>C</b>	8	8	5	2	23
<b>Versión</b>	<b>F4 RELACIONES SOCIALES</b>				
	<b>SUBFACTOR A RELACIONES PERSONALES</b>	<b>SUBFACTOR B APOYO SOCIAL</b>	<b>SUBFACTOR C RELACIONES SEXUALES</b>		<b>TOTAL</b>
<b>C</b>	32	8	6		46

<b>Versión</b>	<b>F5 MEDIO</b>				
	<b>SUBFACTOR A LUGAR DONDE VIVE</b>	<b>SUBFACTOR B TRASLADO Y TRANSPORTE</b>	<b>SUBFACTOR C ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD</b>		<b>TOTAL</b>
<b>C</b>	13	9	6		28
<b>Versión</b>	<b>F6 ESPIRITUALIDAD</b>				
	<b>SUBFACTOR A CREENCIA INTERNA CREENCIA EXTERNA</b>	<b>SUBFACTOR B IMPACTO (RELIGIOSIDAD )</b>			<b>TOTAL</b>
<b>C</b>	12	1			13
<b>Versión</b>	<b>F7 TRABAJO</b>				
	<b>SUBFACTOR A RELACIONES CON JEFES Y COMPAÑEROS</b>	<b>SUBFACTOR B AMBIENTE DE TRABAJO</b>	<b>SUBFACTOR C CONDICIONES DE TRABAJO</b>	<b>SUBFACTOR D DESARROLLO PROFESIONAL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>C</b>	12	10	11	1	34
<b>Subtotal</b>	36	28	30	6	100
<b>TOTAL REACTIVOS VERSIÓN C</b>					<b>188</b>
<b>TOTAL REACTIVOS</b>					<b>559</b>

## Confiabilidad

---

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

**Tabla 11. Análisis de consistencia interna de los 7 factores de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida (EMMCV)**

VERSIÓN	F1 ÁMBITO FÍSICO	F2 ÁMBITO PSICOLÓGICO	F3 GRADO DE INDEPENDENCIA	F4 RELACIONES SOCIALES	F5 MEDIO	F6 ESPIRITUALIDAD	F7 TRABAJO
C	.768	.822	.734	.901	.838	.616	.902

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

La consistencia interna para la versión C fue la siguiente:

**Tabla 12. Análisis de consistencia interna de la versión C de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida (EMMCV)**

VERSIÓN	ALFA DE CRONBACH	REACTIVOS
C	.932	77



## Análisis Factorial

---

Con el propósito de determinar el número de reactivos que conformarían la primera versión del instrumento versión C (versión piloto), se realizó el análisis factorial a los 202 reactivos de la versión C, a través del método de Componentes principales con rotación Varimax y normalización Kaiser, el cual determino que los 7 factores explican un total del 29.4% para la versión C.

Un total de 77 reactivos para la versión C cumplieron la saturación mayor a .40 (Aron, 2001). Los 202 reactivos en total conforman la versión piloto de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida (EMMCV).

**Tabla 13. Varianza acumulada de los 7 factores de la EMMCV Versión C**

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

**Tabla 14. Análisis Factorial con rotación Varimax y normalización  
Kaiser con saturaciones por factor. Versión C**

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

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

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

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

**Tabla 15. Distribución inicial de los reactivos del Banco de reactivos para medir Calidad de Vida (Fiscal y Muñiz, 2013)**

Versión	Factor																								Total
	F1				F2				F3				F4			F5			F6		F7				
	F1 A	F1 B	F1 C	F1 D	F2 A	F2 B	F2 C	F2 D	F3 A	F3 B	F3 C	F3 D	F4 A	F4 B	F4 C	F5 A	F5 B	F5 C	F6 A	F6 B	F7 A	F7 B	F7 C	F7 D	
<b>C</b>	8	6	5	4	10	3	1	9	8	8	5	6	33	8	6	14	10	8	14	1	12	10	11	2	<b>202</b>

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

**Tabla 16. Distribución de reactivos por factor y subfactor de la primera versión de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida Versión C**

Versión	Factor																								Total
	F1				F2				F3				F4			F5			F6		F7				
	F1 A	F1 B	F1 C	F1 D	F2 A	F2 B	F2 C	F2 D	F3 A	F3 B	F3 C	F3 D	F4 A	F4 B	F4 C	F5 A	F5 B	F5 C	F6 A	F6 B	F7 A	F7 B	F7 C	F7 D	
<b>C</b>	6	4	1	0	5	0	1	5	1	4	0	0	17	0	0	6	6	0	2	1	9	8	1	0	<b>77</b>

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

Se realizaron ANOVAS de una vía para las variables nivel de estudios, área de estudio, giro de la empresa y puesto que ocupa en conjunto con los siete factores que conforman el instrumento. El análisis se realizó a continuación.

### Versión C

Los resultados obtenidos señalan que para el factor **Ámbito Físico**, las variables significativas para el subfactor **Nutrición** fueron Área de estudio ( $p = .047$ ) y Puesto ( $p = .059$ ); para el subfactor **Ejercicio** fueron Estado civil ( $p = .001$ ), Giro de la empresa ( $p = .012$ ) y Puesto ( $p = .001$ ); para el subfactor **Salud** fueron Nivel de estudios ( $p = .000$ ) y Área de estudios ( $p = .000$ ); y para el subfactor **Descanso** fueron Nivel de estudios ( $p = .006$ ), Giro de la empresa ( $p = .014$ ) y Puesto ( $p = .005$ ).

Para el factor **Ámbito Psicológico**, las variables significativas para el subfactor **Sensaciones positivas y negativas** fue Giro de la empresa ( $p = .001$ ); para el subfactor **Funciones cognitivas** fueron Nivel de estudio ( $p = .001$ ) y Giro de la empresa ( $p = .055$ ); para el subfactor **Pensamiento** fue Área de estudio ( $p = .025$ ) y para el subfactor **Seguridad** fueron Nivel de estudio ( $p = .084$ ) y Estado civil ( $p = .018$ ).

Para el factor **Grado de Independencia**, las variables significativas para el subfactor **Movilidad y toma de decisiones** fueron Nivel de estudios ( $p = .000$ ), Estado civil ( $p = .006$ ) y Puesto ( $p = .011$ ); para el subfactor **Realización** fueron Área de estudio ( $p = .001$ ) y Giro de la empresa ( $p = .054$ ); para el subfactor **Control de enfermedad** fueron Nivel de estudios ( $p = .005$ ) y Área de estudios ( $p = .008$ ) y para el subfactor **Drogas** fueron Nivel de estudios ( $p = .045$ ), Área de estudios ( $p = .000$ ), Estado civil ( $p = .044$ ) y Puesto ( $p = .004$ ).

Para el factor **Relaciones Sociales**, las variables significativas para el subfactor **Relaciones personales** fueron Nivel de estudios ( $p = .017$ ) y Giro de la empresa ( $p = .014$ ); para el subfactor **Apoyo social** fueron Nivel de estudios ( $p = .008$ ), Área de estudio ( $p = .026$ ) y Giro de la empresa ( $p = .005$ ); para el subfactor **Relaciones Sexuales** fueron Nivel de estudios ( $p = .000$ ).

Para el factor **Medio**, las variables significativas para el subfactor **Lugar donde vives** fueron Nivel de estudios ( $p = .032$ ), Estado civil ( $p = .000$ ), Giro de la empresa ( $p = .005$ ) y Puesto ( $p = .008$ ); para el subfactor **Traslado y transporte** fueron Nivel de estudios ( $p = .000$ ) y Área de estudios ( $p = .019$ ) y para el subfactor **Actividades en la comunidad** fueron Nivel de estudios



( $p= .001$ ) y Área de estudio ( $p= .043$ ).

Para el factor Espiritualidad, las variables significativas para el subfactor Creencia interna y externa fueron Área de estudio ( $p= .000$ ), Estado civil ( $p= .015$ ), Giro de la empresa ( $p= .001$ ) y para Puesto ( $p= .040$ ); y para el subfactor Impacto fueron Nivel de estudios ( $p= .000$ ), Área de estudio ( $p= .000$ ) y Giro de la empresa ( $p= .032$ ).

Para el factor Trabajo, las variables significativas para el subfactor Ambiente de trabajo fue Nivel de estudios ( $p= .000$ ); para el subfactor Condiciones de trabajo fueron Nivel de estudios ( $p= .025$ ) y Giro de la empresa ( $p= .028$ ); para el subfactor Desarrollo profesional fueron Nivel de estudios ( $p= .004$ ), Área de estudio ( $p= .000$ ) y Giro de la empresa ( $p= .056$ ).

Considerando lo anterior y con base en los datos de la tabla 17, en el factor Ámbito Físico y en el subfactor Nutrición que es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, se hallaron mayores puntajes en sujetos que estudian Medicina (media= 4.1923).

En el subfactor Ejercicio que es cualquier actividad física que mejora y mantiene la amplitud física, la salud y bienestar de la persona, se hallaron mayores puntajes en sujetos cuyo Giro de la empresa es distinto al sector público y sector privado (media 3.8939).

En el subfactor Salud que es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, se hallaron mayores puntajes en sujetos que estudian alguna Ingeniería (media 5.0800).

En el subfactor Descanso que es el reposo, quietud o la pausa que se hace en medio del trabajo o de otra actividad, se hallaron mayores puntajes en sujetos que cuyo Giro de la empresa es distinto al sector público y sector privado (media 4.3561).

En el Ámbito Psicológico y en el subfactor Sensaciones positivas y negativas se presentaron los mayores puntajes en personas cuyo giro de la empresa es el sector público (media 4.1474).

En el subfactor Funciones cognitivas, se presentaron los mayores puntajes en sujetos cuyo giro de la empresa es distinto al público y al privado (media 3.6667).

En el subfactor Pensamiento, se presentaron los mayores puntajes en sujetos cuya Área de estudio es Artes y Ciencias biológicas (media 5.0000).

En el subfactor Seguridad, se presentaron mayores puntajes en sujetos casados (media 4.5556).

En el caso del factor Grado de Independencia que es la percepción acerca de la dependencia hacia el consumo de medicinas y drogas, la libertad de tomar decisiones y trasladarse, así como qué tan satisfecho y maduro se siente con su vida, en el subfactor Movilidad y toma de decisiones, se hallaron los mayores puntajes en personas cuyo Puesto de trabajo es Ejecutivo (media 3.9063).

En el subfactor Realización, se hallaron los mayores puntajes en personas cuya Área de estudio es Artes (media 4.5000).

En el subfactor Control de enfermedad, se hallaron mayores puntajes en sujetos cuyo Nivel de estudios es Bachillerato (media 4.4923).

En el subfactor Drogas, se hallaron mayores puntajes en sujetos cuyo Nivel de estudios es Posgrado (media 3.6667).

En el caso de factor Relaciones sociales que se refiere a la percepción en torno al apoyo social, la compañía, el amor y la libertad sexual; se encontraron mayores puntajes en el subfactor Relaciones personales en aquellas personas cuyo Nivel de estudios es Posgrado (media 4.9221).

En el subfactor Apoyo social, se encontraron mayores puntajes en sujetos donde el Giro de la empresa es distinto al sector público y al privado (media 5.541).

En el subfactor Relaciones sexuales, se hallaron mayores puntajes en sujetos cuyo Nivel de estudio es Posgrado (media 5.5476).

En el caso de factor Medio, que se entiende sobre el lugar de residencia, el transporte y el traslado, incluyendo las actividades en la comunidad, en el subfactor Lugar donde vives, los grupos con mayores puntajes fueron sujetos con Nivel de estudios de posgrado (media= 4.7551).

En el subfactor Traslado y transporte, se hallaron mayores puntajes en personas con Nivel de estudios de Carrera técnica (media 3.8000).

En el subfactor Actividades en la comunidad, se encontraron mayores puntajes en sujetos cuya Área de estudio es Artes (media 3.9375).

Para el factor Espiritualidad que es la creencia interna y externa sobre la existencia, y cómo está afecta la sensación de bienestar; se obtuvieron mayores puntajes para el subfactor Creencia interna y externa en sujetos cuya Área de estudio es Artes (media 5.0357).

En el subfactor Impacto, se hallaron mayores puntajes en personas cuyo Nivel de estudios es

Bachillerato, Carrera técnica, Posgrado y cuya Área de estudio es Medicina, Artes, Ciencias biológicas (media 6.0000).

Para el factor Trabajo, en el subfactor Ambiente de trabajo se encontraron mayores puntajes en personas cuyo Nivel de estudios es Posgrado (media 3.9000).

Para el subfactor Condiciones de trabajo se encontraron mayores puntajes en sujetos cuyo Nivel de estudios es Posgrado (media 4.4805).

Para el subfactor Desarrollo Profesional, se encontraron mayores puntajes en personas cuyo Nivel de estudios es Posgrado (media 4.5000).

**Tabla 17. Análisis de Varianza entre variables sociodemográficas y factores de la EMMCV. Versión C**

	F1 AMBITO FÍSICO																
		F1A Nutrición				F1B Ejercicio				F1C Salud				F1D Descanso			
	Grupos	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia
Nivel de estudios	Primaria	2									1.0000				2.0000		
	Secundaria	11									4.0000				4.0227		
	Bachillerato	13									4.0000				3.9615		
	Carrera Técnica	21									3.3333				4.2738		
	Licenciatura	146									3.8068				3.9829		
	Posgrado	7									4.4000				3.8571		
												4.880	.000			3.376	.006
Área de estudio	Económico Administrativo	53	3.6816								3.5472						
	Ciencias Sociales	95	3.7684								3.8632						
	Ingenierías	10	3.8000								5.0800						
	Medicina	13	4.1923								3.5538						
	Artes	6	3.8750								3.7000						
	Biológicas	7	3.5714								4.0571						
					2.299	.047							5.191	.000			
Estado Civil	Soltero	119					3.6751										
	Casado	54					3.8488										
	U. Libre	9					3.1296										
	Divorciado	18					3.2870										
	Viudo	0					0										
									5.335	.001							

Giro de la empresa	Sector Público	57					3.7778								4.0132		
	Sector Privado	105					3.5397								3.9143		
	Otro	33					3.8939								4.3561		
								4.531	.012							4.346	.014
Puesto	Operativo	87	3.8420				3.6782								4.1006		
	Mando Medio	79	3.6456				3.7405								3.7816		
	Ejecutivo	20	3.7875				3.1250								4.2750		
				2.880	.059			7.187	.001							5.538	.005

F2 Ámbito Psicológico																	
	Grupos	F2A Sensaciones positivas y negativas				F2B Funciones Cognitivas				F2C Pensamiento				F2D Seguridad			
		N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia
Nivel de estudios	Primaria	2					1.6667								3.2222		
	Secundaria	11					3.3636								4.0404		
	Bachillerato	13					3.4872								4.5385		
	Lic. Técnica	21					3.5873								4.3915		
	Licenciatura	146					3.4817								4.3843		
	Posgrado	7					3.6190								4.4921		
								4.221	.001							1.973	.084
Área de estudio	Económico Administrativo	53									4.7843						
	Ciencias Sociales	95									4.4737						
	Ingenierías	10									4.300						
	Medicina	13									3.5385						
	Artes	6									5.0000						

	<b>Biológicas</b>	7									5.0000						
												2.640	.025				
<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero</b>	119														4.3091	
	<b>Casado</b>	54														4.5556	
	<b>U. Libre</b>	9														3.8889	
	<b>Divorciado</b>	18														4.4383	
	<b>Viudo</b>	0														0	
																	3.423
<b>Giro de la empresa</b>	<b>Sector Público</b>	57	4.1474					3.5614									
	<b>Sector Privado</b>	105	3.8695					3.4127									
	<b>Otro</b>	33	4.0818					3.6667									
					7.353	.001			2.942	.055							
<b>Puesto</b>	<b>Operativo</b>	87															
	<b>Mando Medio</b>	79															
	<b>Ejecutivo</b>	20															

	<b>F3 Grado de dependencia</b>																
	<b>Grupos</b>	<b>F3A Movilidad y toma de decisiones</b>				<b>F3B Realización</b>				<b>F3C Control de enfermedad</b>				<b>F3D Drogas</b>			
		<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Significancia</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Significancia</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Significancia</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Significancia</b>
<b>Nivel de estudios</b>	<b>Primaria</b>	2	2.0000								3.0000					3.3333	
	<b>Secundaria</b>	11	3.5568								4.1455					2.9394	
	<b>Bachillerato</b>	13	3.7404								4.4923					3.4103	
	<b>Lic. Técnica</b>	21	3.8810								4.3619					3.1190	

	<b>Licenciatura</b>	146	3.5522							4.1384				3.4338		
	<b>Posgrado</b>	7	3.7857							4.0000				3.6667		
				6.693	.000						3.471	.005			2.317	.045
<b>Área de estudio</b>	<b>Económico Administrativ</b>	53					4.2547			4.1396				3.3208		
	<b>Ciencias Sociales</b>	95					4.4000			4.2779				3.5632		
	<b>Ingenierías</b>	10					4.0625			3.9800				3.4333		
	<b>Medicina</b>	13					4.2981			4.3231				2.9744		
	<b>Artes</b>	6					4.5000			3.7000				3.5000		
	<b>Biológicas</b>	7					3.6607			3.6571				2.6190		
								4.418	.001			3.224	.008			5.222
<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero</b>	119	3.5095											3.4524		
	<b>Casado</b>	54	3.6296											3.1698		
	<b>U. Libre</b>	9	3.8472											3.5185		
	<b>Divorciado</b>	18	3.8958											3.4537		
	<b>Viudo</b>	0	0											0		
					4.212	.006										2.748
<b>Giro de la empresa</b>	<b>Sector Público</b>	57					4.3991									
	<b>Sector Privado</b>	105					4.2214									
	<b>Otro</b>	33					4.3598									
								2.967	.054							
<b>Puesto</b>	<b>Operativo</b>	87	3.5704											3.2203		
	<b>Mando Medio</b>	79	3.5427											3.5295		
	<b>Ejecutivo</b>	20	3.9063											3.4583		
					4.622	.011										5.603

	F4 Relaciones sociales													
		F4A Relaciones personales				F4B Apoyo social				F4C Relaciones sexuales				
	Grupos	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	
Nivel de estudios	Primaria	2	3.7576				3.3750				4.1667			
	Secundaria	11	4.2507				4.4205				3.3182			
	Bachillerato	13	4.5548				4.9519				4.5513			
	Lic. Técnica	21	4.7619				4.7262				4.7698			
	Licenciatura	146	4.6073				4.8527				4.6632			
	Posgrado	7	4.9221				5.4107				5.5476			
					2.821	.017			3.210	.008			9.334	.000
Área de estudio	Económico	53					4.8060				4.6101			
	Administrativas	95					4.9921				4.7491			
	Ingenierías	10					5.0250				5.1000			
	Medicina	13					4.7115				4.1538			
	Artes	6					4.1875				4.7500			
	Biológicas	7					4.2857				4.2143			
									2.627	.026			2.479	.034
Estado Civil	Soltero	119												
	Casado	54												
	U. Libre	9												
	Divorciado	18												
	Viudo	0												
Giro de la empresa	Sector Público	57	4.7943				5.1294							



	<b>Sector Privado</b>	105	4.5365				4.7548					
	<b>Otro</b>	33	4.5776				4.7197					
				4.369	.014			5.541	.005			
<b>Puesto</b>	<b>Operativo</b>	87										
	<b>Mando Medio</b>	79										
	<b>Ejecutivo</b>	20										

	<b>F5 Medio</b>													
		<b>F5A Lugar donde vives</b>				<b>F5B Traslado y transporte</b>				<b>F5C Actividades en la comunidad</b>				
	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Significancia</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Significancia</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Significancia</b>	
<b>Nivel de estudios</b>	<b>Primaria</b>	2	3.6429				1.8000				2.3750			
	<b>Secundaria</b>	11	3.8961				2.9273				3.8295			
	<b>Bachillerato</b>	13	4.2802				3.1077				3.5769			
	<b>Lic. Técnica</b>	21	4.6054				3.8000				3.7262			
	<b>Licenciatura</b>	146	4.4114				3.0123				3.4949			
	<b>Posgrado</b>	7	4.7551				3.4571				3.2321			
					2.503	.032			7.379	.000			4.426	.001
<b>Área de estudio</b>	<b>Económico Administrativo</b>	53					3.3717				3.5448			
	<b>Ciencias Sociales</b>	95					2.9568				3.5092			
	<b>Ingenierías</b>	10					3.3100				3.2000			
	<b>Medicina</b>	13					3.1385				3.7500			

	<b>Artes</b>	6					3.4000				3.9375		
	<b>Biológicas</b>	7					2.9286				3.4643		
								2.794	.019			2.346	.043
<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero</b>	119	2.9218										
	<b>Casado</b>	54	3.3111										
	<b>U. Libre</b>	9	3.1556										
	<b>Divorciado</b>	18	3.6167										
	<b>Viudo</b>	0	0										
					8.068	.000							
<b>Giro de la empresa</b>	<b>Sector Público</b>	57	4.6692										
	<b>Sector Privado</b>	105	4.3116										
	<b>Otro</b>	33	4.3030										
					5.540	.005							
<b>Puesto</b>	<b>Operativo</b>	87	4.5591										
	<b>Mando Medio</b>	79	4.2269										
	<b>Ejecutivo</b>	20	4.4571										
					4.903	.008							

	<b>F6 Espiritualidad</b>								
	<b>Grupos</b>	<b>F6A Creencia interna y externa</b>				<b>F6B Impacto</b>			
		<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Significancia</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Significancia</b>
	<b>Primaria</b>	2					5.0000		
<b>Secundaria</b>	11					4.6364			
<b>Bachillerato</b>	13					6.0000			

	Lic. Técnica	21					6.0000		
	Licenciatura	146					5.8252		
	Posgrado	7					6.0000		
								6.491	.000
Área de estudio	Económico Administrativ	53	4.2439				5.8113		
	Ciencias Sociales	95	4.6767				5.9053		
	Ingenierías	10	4.5143				4.5000		
	Medicina	13	4.9066				6.0000		
	Artes	6	5.0357				6.0000		
	Biológicas	7	3.8163				6.0000		
					7.102	.000			7.113
Estado Civil	Soltero	119	4.6218						
	Casado	54	4.6177						
	U. Libre	9	4.0000						
	Divorciado	18	4.3214						
	Viudo	0	0						
					3.578	.015			
Giro de la empresa	Sector Público	57	4.7331				5.9298		
	Sector Privado	105	4.4293				5.8824		
	Otro	33	4.8506				5.5455		
					7.900	.001			3.506
Puesto	Operativo	87	4.6149						
	Mando Medio	79	4.4530						
	Ejecutivo	20	4.8357						

				3.287	.040				
--	--	--	--	-------	------	--	--	--	--

	F7 Trabajo												
		F7B Ambiente de trabajo				F7C Condiciones de trabajo				F7D Desarrollo profesional			
	Grupos	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia	N	Media	F	Significancia
Nivel de estudios	Primaria	2	1.3000				2.0909				1.5000		
	Secundaria	11	3.8818				3.7197				3.7273		
	Bachillerato	13	3.7846				3.8112				4.0769		
	Lic. Técnica	21	3.7333				3.8052				3.3571		
	Licenciatura	146	3.6062				3.6874				3.7397		
	Posgrado	7	3.9000				4.4805				4.500		
					7.385	.000			2.627	.025			3.531
Área de estudio	Económico Administrativ	53									3.6415		
	Ciencias Sociales	95									3.7895		
	Ingenierías	10									4.2000		
	Medicina	13									4.4231		
	Artes	6									2.7500		
	Biológicas	7									2.4286		
												5.469	.000
Estado Civil	Soltero	119											
	Casado	54											
	U. Libre	9											
	Divorciado	18											

	<b>Viudo</b>	0											
<b>Giro de la empresa</b>	<b>Sector Público</b>	57					3.9713				4.0439		
	<b>Sector Privado</b>	105					3.5965				3.6476		
	<b>Otro</b>	33					3.8209				3.7576		
								3.661	.028			2.917	.056
<b>Puesto</b>	<b>Operativo</b>	87											
	<b>Mando Medio</b>	79											
	<b>Ejecutivo</b>	20											

## Correlaciones de Pearson

Se realizaron correlaciones entre los siete factores que componen el instrumento y las variables numérica edad.

### Versión C

En la tabla 18, se puede apreciar las correlaciones entre los siete factores y los veintitrés subfactores y la variable edad para la Versión C. Se observa que en el (F1) Ámbito Físico, el subfactor Nutrición (F1A), presenta una asociación positiva con los subfactores Ejercicio (F1B) y Descanso (F1D). Para el subfactor Ejercicio (F1B) presenta una asociación positiva con el subfactor Nutrición (F1A) y Descanso (F1D). Para el subfactor Salud (F1C), presenta una asociación positiva solo con la variable Edad. Para el subfactor Descanso (F1D), presenta una asociación positiva con Nutrición (F1A) y Ejercicio (F1B). La variable Edad solo presenta una asociación positiva con el subfactor Descanso (F1D).

		F1A	F1B	F1C	F1D	Edad
F1A	Correlación de Pearson	1	.477**	.116	.386**	-.079
	Sig. (bilateral)		.000	.103	.000	.274
	N	200	200	200	200	194
F1B	Correlación de Pearson	.477**	1	.100	.384**	-.076
	Sig. (bilateral)	.000		.158	.000	.293
	N	200	200	200	200	194
F1C	Correlación de Pearson	.116	.100	1	-.109	-.291**
	Sig. (bilateral)	.103	.158		.123	.000
	N	200	200	200	200	194
F1D	Correlación de Pearson	.386**	.384**	-.109	1	.064
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.123		.376
	N	200	200	200	200	194
Edad	Correlación de Pearson	-.079	-.076	-.291**	.064	1
	Sig. (bilateral)	.274	.293	.000	.376	
	N	194	194	194	194	194

En el Ámbito psicológico (F2), el subfactor Sensaciones Positivas y Negativas (F2A) presenta una asociación positiva con Pensamiento (F2C) y Seguridad (F2D). Para el subfactor Funciones Cognitivas (F2B) no presenta ninguna asociación positiva. Para el subfactor Pensamiento (F2C) presenta una asociación positiva con Sensaciones Positivas y Negativas (F2A) y Seguridad (F2D). Para el subfactor Seguridad (F2D) presenta una asociación positiva con Sensaciones Positivas y Negativas (F2A) y Pensamiento (F2C). La variable Edad no presenta ninguna asociación positiva.

		Edad	F2A	F2B	F2C	F2D
Edad	Correlación de Pearson	1	.112	.128	-.007	.017
	Sig. (bilateral)		.121	.076	.918	.817
	N	194	194	194	192	194
F2A	Correlación de Pearson	.112	1	-.011	.620**	.561**
	Sig. (bilateral)	.121		.873	.000	.000
	N	194	200	200	198	200
F2B	Correlación de Pearson	.128	-.011	1	-.072	-.121
	Sig. (bilateral)	.076	.873		.316	.088
	N	194	200	200	198	200
F2C	Correlación de Pearson	-.007	.620**	-.072	1	.470**
	Sig. (bilateral)	.918	.000	.316		.000
	N	192	198	198	198	198
F2D	Correlación de Pearson	.017	.561**	-.121	.470**	1
	Sig. (bilateral)	.817	.000	.088	.000	
	N	194	200	200	198	200

En Grado de independencia (F3), el subfactor Movilidad y toma de decisiones (F3A) presenta una asociación positiva solo con Realización (F3B). Para el subfactor Realización (F3B), presenta una asociación positiva con Movilidad y toma de decisiones (F3A), con Control de enfermedades (F3C) y Drogas (F3D). Para el subfactor Control de enfermedades (F3C), presenta una asociación positiva solo con Realización (F3B). Para el subfactor Drogas (F3D), solo presenta una asociación positiva con Realización (F3B). La variable Edad no presenta ninguna asociación positiva.

		F3A	F3B	F3C	F3D	Edad
F3A	Correlación de Pearson	1	.267**	.120	.091	.067
	Sig. (bilateral)		.000	.090	.201	.356
	N	200	200	200	200	194
F3B	Correlación de Pearson	.267**	1	.347**	.277**	.011
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.874
	N	200	200	200	200	194
F3C	Correlación de Pearson	.120	.347**	1	-.047	-.051
	Sig. (bilateral)	.090	.000		.508	.483
	N	200	200	200	200	194
F3D	Correlación de Pearson	.091	.277**	-.047	1	-.116
	Sig. (bilateral)	.201	.000	.508		.107
	N	200	200	200	200	194
Edad	Correlación de Pearson	.067	.011	-.051	-.116	1
	Sig. (bilateral)	.356	.874	.483	.107	
	N	194	194	194	194	194

En Relaciones Sociales (F4), el subfactor Relaciones Personales (F4A) presenta una asociación positiva con Apoyo Social (F4B) y Relaciones Sexuales (F4C). Para el subfactor Apoyo Social (F4B) presenta una asociación positiva con Relaciones Personales (F4A) y Relaciones Sexuales (F4C). Para el subfactor Relaciones Sexuales (F4C) presenta una asociación positiva con Relaciones Personales (F4A) y Apoyo Social (F4B).

		Edad	F4A	F4B	F4C
Edad	Correlación de Pearson	1	.096	-.039	.032
	Sig. (bilateral)		.185	.589	.661
	N	194	194	194	194
F4A	Correlación de Pearson	.096	1	.747**	.342**
	Sig. (bilateral)	.185		.000	.000
	N	194	200	200	200
F4B	Correlación de Pearson	-.039	.747**	1	.354**
	Sig. (bilateral)	.589	.000		.000



	N	194	200	200	200
F4C	Correlación de Pearson	.032	.342**	.354**	1
	Sig. (bilateral)	.661	.000	.000	
	N	194	200	200	200

En Medio (F5), el subfactor Lugar donde vives (F5A), presenta una asociación positiva con Traslado y transporte (F5B), Actividades en la comunidad (F5C) y la variable Edad. Para el subfactor Traslado y transporte (F5B), presenta una asociación positiva con Lugar donde vives (F5A), Actividades en la comunidad (F5C) y la variable Edad. Para el subfactor Actividades en la comunidad (F5C), presenta una asociación positiva con Lugar donde vives (F5A) y Traslado y transporte (F5B). La variable Edad presenta una asociación positiva con Lugar donde vives (F5A) y Traslado y transporte (F5B).

		F5A	F5B	F5C	Edad
F5A	Correlación de Pearson	1	.409**	.227**	.155*
	Sig. (bilateral)		.000	.001	.031
	N	200	200	200	194
F5B	Correlación de Pearson	.409**	1	.323**	.193**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.007
	N	200	200	200	194
F5C	Correlación de Pearson	.227**	.323**	1	.031
	Sig. (bilateral)	.001	.000		.669
	N	200	200	200	194
Edad	Correlación de Pearson	.155*	.193**	.031	1
	Sig. (bilateral)	.031	.007	.669	
	N	194	194	194	194

En Espiritualidad (F6), en el subfactor Creencia interna y externa (F6A), presenta una asociación positiva con Impacto (F6B). Para el subfactor Impacto (F6B) presenta una asociación positiva con Creencia interna y externa (F6A). La variable edad no presenta ninguna asociación positiva.

		F6A	F6B	Edad
F6A	Correlación de Pearson	1	.298**	-.029
	Sig. (bilateral)		.000	.685

	N	200	197	194
F6B	Correlación de Pearson	.298**	1	.116
	Sig. (bilateral)	.000		.109
	N	197	197	191
Edad	Correlación de Pearson	-.029	.116	1
	Sig. (bilateral)	.685	.109	
	N	194	191	194

En Trabajo (F7), en el subfactor Relaciones con jefes y compañeros de trabajo (F7A), presenta una asociación positiva con Ambiente de trabajo (F7B), Condiciones de trabajo (F7C). Para el subfactor Ambiente de trabajo (F7B) presenta una asociación positiva con Relaciones con jefes y compañeros de trabajo (F7A) y Condiciones de trabajo (F7C). Para el subfactor Condiciones de trabajo (F7C) presenta una asociación positiva con Relaciones con jefes y compañeros de trabajo (F7A) y Ambiente de Trabajo (F7B).

		F7A	F7B	F7C	F7D	Edad
F7A	Correlación de Pearson	1	.492**	.409**	.010	-.132
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.886	.066
	N	200	200	200	200	194
F7B	Correlación de Pearson	.492**	1	.597**	.082	-.067
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.249	.354
	N	200	200	200	200	194
F7C	Correlación de Pearson	.409**	.597**	1	.062	-.075
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.386	.301
	N	200	200	200	200	194
F7D	Correlación de Pearson	.010	.082	.062	1	.085
	Sig. (bilateral)	.886	.249	.386		.240
	N	200	200	200	200	194
Edad	Correlación de Pearson	-.132	-.067	-.075	.085	1
	Sig. (bilateral)	.066	.354	.301	.240	
	N	194	194	194	194	194

**Tabla 18. Correlaciones de Pearson. Versión C.**

**CORRELACIONES DE PEARSON VERSIÓN C**

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

\*\*\* Correlación es significativa  $p \leq 0.001$

\*\* Correlación es significativa  $p \leq 0.01$

\* Correlación es significativa  $p \leq 0.05$

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

# **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## Discusión y Conclusiones

---

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

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

La muestra total para la versión C fue de 200 sujetos.

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

Generalmente en Psicología una prueba debería presentar una confiabilidad medida a través del Alfa de Cronbach de al menos 0.7, y preferentemente cercana a 0.9 para que la prueba sea útil. Sin embargo, algunas veces se consideran adecuadas alfas de 0.6 o menores (Aron, 2001). Para obtener el índice de consistencia interna del instrumento, se obtuvo el Alfa de Cronbach de cada uno de los factores, así como de las versiones y por último la correspondiente a la versión final (ver tabla 12).

Para la versión C, el factor 7 Trabajo registró mayor confiabilidad con .902 y el factor 6 Espiritualidad con .616. Se realizaron los análisis de consistencia interna de cada versión; la versión C fue de .932 con 77 reactivos. Se obtuvo un instrumento final de 202 reactivos con una confiabilidad total de .902. La literatura indica que a partir de 0.9 es excelente para la evaluación del coeficiente Alfa de

Cronbach, por lo que los resultados obtenidos indican que la escala tiene consistencia interna, manifiesta confiabilidad y mide de forma adecuada lo que desea medir.

Ninguno de los 7 factores que componen la prueba se eliminó, sin embargo algunos de los subfactores si fueron eliminados debido a que los reactivos que los conformaban no alcanzaron el nivel de significancia.

### **VERSIÓN C**

El factor **Ámbito Físico** presenta una correlación positiva con el subfactor **Nutrición**, **Ejercicio** y **Descanso** arrojando una correlación entre estos tres factores. La relación entre este factor y los tres subfactores explican que en cuanto aumenta la **Nutrición**, el **Ejercicio** y el **Descanso** se presta más atención al ámbito físico. La percepción del individuo para realizar actividades saludables que beneficien a su cuerpo y forjan hábitos que favorecen su calidad de vida física; de esta manera, alimentarse con una dieta balanceada, dormir las horas necesarias da como resultado obtener un descanso restaurador. En el caso del subfactor **Ejercicio**, el cual presenta una asociación positiva con el subfactor **Nutrición**, indica que cuyas personas que hacen ejercicio tienen una mejor nutrición; además de que quienes reportan actividad física poseen un mayor descanso. A mayor edad, se tiene una mayor consciencia acerca del cuidado de la salud.

En el factor **Ámbito Psicológico**, el subfactor **Sensaciones positivas y negativas** presenta una asociación positiva con **Pensamiento** y **Seguridad**, lo cual explica que las emociones de la persona, así como las sensaciones positivas o negativas que se manifiestan a través de la alegría y la tristeza, incluyendo la opinión de la persona sobre su apariencia y capacidad cognitiva (expresada en su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones), demuestra que se tiene mayor autoestima a través de sus pensamientos, lo cual refleja seguridad en el individuo.

En el factor **Grado de Independencia**, el subfactor **Movilidad y toma de decisiones** presenta una asociación positiva con **Realización** lo cual nos dice que al momento de tomar decisiones en sus actividades diarias se siente satisfecho y maduro con

su vida, la persona llega a beneficiar su calidad de vida ya que adquiere un grado de madurez acorde a su edad, se siente autosuficiente, seguro de sí mismo y responsable para ser libre de tomar sus propias decisiones.

El factor Relaciones Sociales presenta una relación positiva con el subfactor Relaciones personales, Apoyo social y Relaciones sexuales, es decir, que el individuo al tener apoyo social, compañía, amor y libertad sexual brinda a su alrededor, compromiso y cuidado de sus relaciones interpersonales, ayudando a éstas aporten a su calidad de vida y brinden apoyo a través del vínculo amistoso, amoroso, sexual y compañerismo. Por ende, una persona quien mantiene buenas relaciones sociales se debe a que es amorosa, convive, sonrío, escucha, da cariño, coopera y orienta, dichas características ayudan a amortiguar situaciones que afectan la calidad de vida de una persona.

En el caso del factor Medio, el subfactor Lugar donde vives presenta una relación positiva con Traslado y transporte, Actividades en la comunidad y Edad, es decir, que conforme aumenta la edad, se presta más atención al entorno (casa, colonia, transporte, traslado) y pueden efectuarse juicios valorativos sobre éste, lo que motiva a involucrarse en el desarrollo de actividades sociales orientadas al beneficio de la comunidad.

En Espiritualidad, en el subfactor Creencia interna y externa, se presenta una asociación positiva con Impacto. Es decir, que el impacto que ejerce la fe, esperanza, devoción y serenidad o en su contraparte el miedo, la obsesión, los estigmas y la no apertura de la mente, así como la ciencia, en una persona, en un objeto, éste define lo que cada persona desea creer según su necesidad. El creer en un ser supremo, por ejemplo, ayuda a enfrentar una enfermedad, es parte de mantener un equilibrio entre la realidad y la subjetividad, ya que se da una responsabilidad al destino o a lo divino. La espiritualidad es fundamental en el bienestar o malestar de las personas, el cómo se perciben a sí mismos de acuerdo a su creencia, por lo tanto, cuando alguien culpa al otro (ser divino, suerte, persona, cosa) por las cosas que le pasan (buenas o malas), se denomina como creencia externa, el cual se conoce como: locus de control externo. Así como las personas

que se responsabilizan por toda consecuencia de su vida, tienen una creencia interna (locus de control interno).

En el factor Trabajo, con el subfactor Relaciones con jefes y compañeros de trabajo se presenta una asociación positiva con Ambiente de trabajo y condiciones de trabajo. Es objetivo mencionar que la percepción que tiene el individuo acerca de su ambiente laboral, y sus condiciones laborales conllevan a que las relaciones entre compañeros y supervisores sean óptimas. El trabajo se le considera como un medio por el cual se valora, se autorealiza, favorece el autoestima además de mantenerse motivada, entusiasmada y feliz. Es favorable para el desempeño de la persona que en su ambiente laboral, además de compartir espacio y tiempo con sus compañeros, estos se pueden ayudar, motivar, tener contacto amistoso y respetuoso entre ellos. Se considera importante al trabajo, ya que con la remuneración se pueden obtener o adquirir bienes importantes, favoreciendo a estos la autoestima y seguridad del individuo.

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Se recomienda para el seguimiento de esta investigación modificar la hoja de datos sociodemográficos, dado que varios datos se perdieron por la falta de claridad de las preguntas. Algunas sugerencias son poner en rangos la edad y el sueldo mensual; delimitar las carreras en las áreas de estudios; agregar una pregunta si se cuenta con hijos y una segunda del número de hijos; incrementar las opciones de respuesta para la pregunta del nivel de puesto actual; y por último, añadir la frecuencia de consumo en el alcohol y tabaco, con la finalidad de determinar el tipo de consumidor.

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



necesidades e intereses.

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

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

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

# REFERENCIAS

## Referencias

---

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

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

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

Abad, F., García, C., Gil, B., Olea, J., Ponsoda, V., Revuelta, J. (2004). *Introducción a la Psicometría: Teoría Clásica de los Tests y Teoría de Respuesta al Ítem* Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de [https://www.uam.es/personal\\_pdi/psicologia/cadalso/Docencia/Psicometria/Apuntes/tema1TyP\\_4.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/cadalso/Docencia/Psicometria/Apuntes/tema1TyP_4.pdf)

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

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

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

Alonso, M. P. (2008) Estudio comparativo de la satisfacción laboral en el personal

de administración *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 24(1)  
Recuperado de:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1576-59622008000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1576-59622008000100002&script=sci_arttext)

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

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

Alcántara, M. G. (junio, 2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación Sapiens*. (1)9. Recuperado de  
[http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S131758152008001000005&lng=es](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131758152008001000005&lng=es)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cervantes, L. E y Santana, D. P. (2014) *Validación de la Escala Mexicana Multidimensional de Calidad de Vida en una muestra de trabajadores Mexicanos*. (Tesis de Licenciatura) México: Universidad Nacional Autónoma de México

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

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

Cortada de Kohan N. (2000b). Técnicas Psicológicas de evaluación y exploración. México: Trillas

Cronbach, L. J. (1998). Fundamentos de los tests psicológicos: aplicaciones a las organizaciones, la educación y la clínica Madrid: Biblioteca Nueva.

Da Silva, M. (2006) *Nuevas perspectivas de la Calidad de Vida Laboral y sus relaciones con la eficacia organizacional* (Tesis Doctoral) Recuperada en:

[http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2669/MDS\\_TESIS.pdf?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2669/MDS_TESIS.pdf?sequence=1)

Engel, L. G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196(4286) Recuperado de: <http://meagherlab.tamu.edu/MMeagher/Health%20360/Phyc%20360h%20articles/Engel%201977%20360h.pdf>

Espinosa, M. (2002). Calidad de Vida en el Trabajo Percepciones de los trabajadores. Chile: Gobierno de Chile. Dirección de Trabajo.

Fernández, L. J., Fernández, F. M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Especializada en Salud Pública*. 84(2). pp. 169-184. Recuperado en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272010000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272010000200005&script=sci_arttext)

Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, P. F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris, Revista del Departament de Ciències de la Terra* (5). pp. 117- 135.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). Calidad de vida en la vejez. *Revista de Intervención Psicosocial, Colegio Oficial de Psicólogos*. (5), Recuperado en: *Calidad de Vida y Vejez*, por: Aranibar, P. *Calidad de Vida y vejez*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de Barcelona, España. Recuperado en: [www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%5D.doc](http://www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%5D.doc)

Fiscal, B. D. y Muñiz, F. L. (2013) *Banco de reactivos para medir Calidad de Vida proponiendo una dimensión a la definición de la OMS*. (Tesis de Licenciatura) México: Universidad Nacional Autónoma de México

Frías-Navarro, D. (s.f.) *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. Recuperado de: [www.uv.es/friasnav/](http://www.uv.es/friasnav/)

García, E. (1993). Introducción a la psicometría. Madrid: SigloXXI.

Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland-Cherry, C. y Yan Zhou, M. S. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*. 50(1). pp. 59-66.

Recuperado de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342008000100012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342008000100012&lng=es&tlng=es)

Garduño, L. (Ed.) (2005). Calidad de Vida y bienestar subjetivo en México. México: Plaza y Valdés.

Gomero, R., Zevallos, C. y Llappyesan, C. (2006). Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional. *Revista Médica Hered.* 17(2). Recuperado de:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018130X2006000200008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2006000200008&lng=es&nrm=iso)

Gómez, I. (2007). Salud laboral: Una revisión a la luz de nuevas condiciones de trabajo en Colombia. *Revista Universidad Del Valle*. 6(1). pp. 105-113. Recuperado de: [http://objetos.univalle.edu.co/files/Salud\\_laboral.pdf](http://objetos.univalle.edu.co/files/Salud_laboral.pdf)

González-Celis, A. (2010). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. en Gutiérrez-Robledo y Gutiérrez-Ávila. (Eds). (2010). *Envejecimiento Humano. Una visión transdisciplinaria*. (pp. 365- 378) México: Secretaría de Salud. Instituto de Geriatria. Recuperado de: [www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf)

González, L. R. (Marzo, 2006) Calidad de Vida Laboral. *III Conferencia Internacional: La obra de Carlos Marx y los desafíos del siglo XXI*. Conferencia llevada a cabo en la Habana, Cuba

González, P. U. (2002) El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 28(2) Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006)

González, S. F. (Ed.) (2006). Factores psicosociales y Salud Mental en el

Trabajo. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Recuperado de [http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/rial/sso\\_peru/Documentos%20aportados%20por%20los%20participantes/Factores%20Psicosociales%20y%20Salud%20Mental%20en%20el%20Trabajo.pdf](http://www.sedi.oas.org/ddse/documentos/rial/sso_peru/Documentos%20aportados%20por%20los%20participantes/Factores%20Psicosociales%20y%20Salud%20Mental%20en%20el%20Trabajo.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). *Investigación de Bienestar Subjetivo*. Recuperado

de:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/investigacion/experimentales/bienestar/default.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). Estadísticas a propósito del Día Mundial sin Tabaco Datos Nacionales. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/tabaco0.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013) Módulo de Práctica deportiva y ejercicio físico. Boletín de prensa No. 424/14 Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2014/Octubre/comunica.pdf>

Juárez, G. A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México *Salud Pública*. 49(2) Recuperado de:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000200006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200006)

Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw- Hill

Kuri, M. P., González, R. J., Hoy, M. J. y Cortés, R. M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México *Salud Pública* 48(1) Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342006000700011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342006000700011&script=sci_arttext&tlng=pt)

Langner, A. (24 de julio del 2014). México cae un sitio en medición del IDH.



*Periódico El economista.* Recuperado de:  
<http://eleconomista.com.mx/sociedad/2014/07/24/mexico-cae-sitio-medicion-idh>

Legatum Institute. (2014). The Prosperity Index 2013. Recuperado de:  
<http://www.prosperity.com/#!/?aspxerrorpath=%2Fmedia.aspx>

León, R. J., Medina, A. S., Barriga, J. S., Ballesteros, R. A. y Herrera, S. I. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de vida*. España: Editorial UOC.

Lopategui, E. (2000). El concepto de Salud. Recuperado de:  
<http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>

Louro, I. (2013). Visión panorámica de los determinantes sociales de la salud. *Revista Salud Vida Cubana*. Recuperada de:  
<http://www.saludvida.sld.cu/articulo-dossier/2013/11/06/vision-panoramica-de-los-determinantes-sociales-de-la-salud>

Lutz, M. y Edel, A. (2009). Aspectos nutricionales y saludables de los productos de panificación. Chile: Universidad de Valparaíso. Recuperado de: [https://www.iseki-food.net/webfm\\_send/1731](https://www.iseki-food.net/webfm_send/1731)

Martínez, A. R. (1996). *Psicometría: Teoría de los Tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis

Martínez, G. M., Martínez, H. J. y Cenarruzabeitia, V. J. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Revista Medicina Clínica*, Vol. 121(17). pp.665-672. Recuperado de [http://www.researchgate.net/publication/238255786\\_Beneficios\\_de\\_la\\_actividad\\_fisica\\_y\\_riesgos\\_del\\_sedentarismo](http://www.researchgate.net/publication/238255786_Beneficios_de_la_actividad_fisica_y_riesgos_del_sedentarismo)

Maté, M. d. C. O., González, S. L., Trigueros, M. L. Á. (2010). Medida de las actitudes. Recuperado del sitio web de la Universidad de Cantabria: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-i/tema-4.-las-actitudes/4.3-medida-de-las-actitudes>.

Mazzáfero, V. (1999). *Medicina en Salud Pública*. Buenos Aires: ElAteneo

Mikulic, I. (2007). *Construcción y adaptación de Pruebas Psicológicas*. (Tesis de

Licenciatura).

Molina, P., Odio, D., Duarte, L. y Guevara, N. (2009). Conducta sexual riesgosa y consumo de alcohol. *Revista Wím lu de la Universidad de Costa Rica*. Vol. 4(1) pp. 41-52. Recuperado de: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3921954.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3921954.pdf)

Morrison, V. y Bennett P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: Pearson Educación)

Muñiz, J (1992). *Teoría Clásica de los Tests* Madrid: Pirámide Muñiz,

J.(1996). *Psicometría*. Madrid: Universitas

Nieto, J. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana

Navas, M. J. (1994). Teoría clásica de los tests versus teoría de respuesta al ítem. *Psicológica*, 15, 175-208. Recuperado de: <http://www.uned.es/490015/CV/TCTTRI94.pdf>

Núñez, R. A., Tobón, S., Arias, H. D., Hidalgo, R. C., Santoyo, T. F., Hidalgo, M. A. y Rasmussen, C. B. (2010). Calidad De Vida, Salud y Factores Psicológicos Perspectivas en Psicología 15 (2). pp. 125-142. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126694009>

Oblitas G. A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson Learning

Oblitas, G. A. (2006). *Psicología de la Salud, Teoría y Práctica*. Madrid: Plaza y Valdés.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. (OMS Publicación). Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4930s/9.10.8.html>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva.

Organización Mundial de la Salud. (2011) Prevalencia de la insuficiencia de la actividad física. *Observatorio de Salud global*.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Alcohol*. (Centro de Prensa: Nota descriptiva N°349) Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

O.I.T. (1985). *Convenio 161. Servicios de Salud en el Trabajo*. Ginebra

Orozco, A. J. (2006). *Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/199/1b.htm>

Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de riesgos psicosociales *Universitas Psychologica* 3(2) pp. 179-186 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64730205>

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

Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Revista Universitas Psychologica*. 5(3). pp. 669-679. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750319.pdf>

Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*. 14(4) pp. 207-222.

Reyes-Lagunes. I. (1991) Técnicas de redes semánticas: Conceptos básicos, instrumentación y resultados. *XXIII Congreso Interamericano de Psicología*. Sociedad Interamericana de Psicología. San José Costa Rica

Rodríguez, M. (2009). Factores Psicosociales de riesgo laboral: ¿Nuevos tiempos, nuevos riesgos? *Observatorio Laboral Revista Venezolana* 2(3) pp. 127-

141. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2190/219016838007.pdf>

Salanova, S. M. (Ed.) (2009). *Psicología de la salud ocupacional*. Madrid: Síntesis

Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Segurado, T. A. y Agulló, T. E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Revista Psicothema*. 14(4). pp. 828 – 836. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=806>

Séve-Ferrieu (2009) Independencia, autonomía y calidad de vida: análisis y evaluaciones. *Institut de formation en ergotherapie*, 30(1) pp 1-15. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1293296509707364>

Simón, M. (Ed.) (1999). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca nueva.

Shaughnessy, J., Zechmeister, E. y Zechmeister, J.(2007) *Métodos de investigación en Psicología*. México: McGraw-Hill Interamericana

Sheridan, C. L. y Radmacher, S. A. (1992). *Health Psychology: Challenging the biomedical model*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 9(2). pp. 09-21. Recuperado de:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s071795532003000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s071795532003000200002&lng=es&tlng=es). 10.4067/s0717-95532003000200002.

Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGraw-Hill

Uriarte, A. J. D (2007) Autopercepción de la identidad en la transición a la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica* 12(2) pp. 279-292

Uribe, I., Amador, G., Zacarías, X. y Villarreal, L. (2012). *Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 10, Número 1. pp. 481-494.

Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rics/v10n1/v10n1a31.pdf>

Uribe, R. A., Garrido, P. J. y Rodríguez, A. M. (2011). Influencia del tipo de contratación en la calidad de vida laboral: manifestaciones del capitalismo organizacional. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* (33) Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194218961007.pdf>

Urzúa, M. A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica Chile* 138(3) Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300017](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017)

Urzúa, M. A., y Caqueo, U. A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 30(1). pp. 61-71. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523000006>

Velarde J. E. y Ávila, F. C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México* 44(4) pp. 349-361. Recuperado de: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

# ANEXO

**ANEXO ESCALA  
MEXICANA  
MULTIDIMENSIONAL DE  
CALIDAD DE VIDA  
VERSIÓN C**

**CALIDAD DE VIDA**

**Cuestionario “C”**

**Versión 1**

Octubre 2013



**CUESTIONARIO "C" V1**  
**CUESTIONARIO: CALIDAD DE VIDA**

1.- Me gusta mi trabajo.

2.- Consumo carne.

3.- El transporte que utilizo es incómodo.

4.- Para conseguir trabajo, me encomiendo a un ser divino.

5.- Consumo comida rápida (hot dog, hamburguesas, pizza, tacos, tortas).

6.- La ciencia es la verdad absoluta.

7.- Me peleo con mis compañeros de trabajo.

8.- Me siento triste.

9.- Mis amigos me motivan.

10.- Mi familia me exige demasiado.

11.- Me deprimó.

12.- Cuando tomo decisiones importantes pregunto a alguien qué hacer.

13.- Cuando implementan mis ideas me siento realizado.

14.- Mi familia me comprende.

15.- El lugar en donde vivo es peligroso.

16.- El lugar en donde vivo es ruidoso.

17.- Soy una persona satisfecha.

18.- Mi familia me escucha.

19.- El transporte me desgasta.

20.- Modifican mi horario de trabajo sin previo aviso afectando mi vida personal.

21.- Me enfermo.

22.- Salgo tarde porque me piden trabajo de último momento.

23.- Mi jefe me felicita por mi trabajo.

24.- Mi familia es unida.

25.- Me considero una persona amada.

26.- Mi familia me respeta.

27.- Modifican mi horario de trabajo sin previo aviso afectando mis actividades.

28.- Puedo trasladar objetos (libros, cajas, bolsas del mandado, mochilas, etc.) sin esforzarme demasiado.

29.- Cuando lo considero pertinente, recorro a técnicas esotéricas (lectura de tarot, mano, café, etc.)

30.- En mi comunidad tengo fácil acceso a mercados, supermercados y/o tiendas.

31.- Puedo tener relaciones sexuales libremente, sin tabús ni prejuicios.
32.- Mis éxitos son gracias a otros.
33.- Respetan mi horario de trabajo.
34.- Hago ejercicio en casa.
35.- Evito creer en cosas que no estén comprobadas científicamente.
36.- Con mis amigos soy “desastroso”.
37.- Cuento con alguien con quien divertirme.
38.- Cuando salgo a la calle necesito ayuda de alguien.
39.- Confío en mis actos más que en el destino.
40.- El transporte es limpio.

41.- Soy una persona solitaria.
42.- Mi pareja me cela, provocándome problemas.
43.- Soy una persona que se enoja fácilmente.
44.- Me siento satisfecho al tener relaciones.
45.- Creo que tengo pocas posibilidades de ser alguien en la vida.
46.- Tengo poco contacto con mis amigos.
47.- Realizo mi trabajo con gusto.
48.- Mi pareja me engaña.
49.- Me gusta relacionarme con nuevas personas.
50.- Me siento satisfecho cuando ayudo a alguien.

51.- El traslado es ruidoso.
52.- Para conseguir trabajo, recurro a rituales de brujería.
53.- El trabajo que tengo actualmente es gracias a mi buena suerte.
54.- Debido a mi religión se me dificulta la convivencia con otras personas.
55.- Me considero una persona tranquila.
56.- Consumo pescado.
57.- Me consta que las “limpias” ayudan a mejorar la suerte.
58.- Planeo mi futuro porque no creo en la suerte.
59.- Fumo marihuana.
60.- Asisto a las actividades artísticas que realizan en mi comunidad.

61.- Evito la actividad física.
62.- Termino todo lo que empiezo.
63.- Me gusta relacionarme con mis vecinos.
64.- El traslado es aglomerado.
65.- Cuando duermo tengo un buen descanso.
66.- En mi comunidad tengo acceso a la educación.

67.- El sueldo que percibo cubre mis necesidades.
68.- Tomo refresco.
69.- Tengo una única pareja sexual aunque me siento insatisfecho.
70.- Consumo sustancias (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.) con mis compañeros de escuela o trabajo.

71.- Modifican mi horario de trabajo sin previo aviso afectando mi descanso.
72.- Me considero una persona optimista.
73.- Me gusta relacionarme con mis compañeros de trabajo y/o escuela.
74.- Tengo sueño durante el día.
75.- Soy feliz con lo que hago.
76.- En mi comunidad hay seguridad (Patrullaje vecinal, policías, bomberos, vigilancia, sistemas de alarmas, etc.).
77.- Admito mis errores sin culpar a un ser divino.
78.- Con nadie comparto mis intereses.
79.- Mi familia me motiva.
80.- Mi pareja me golpea.

81.- Si tuviera algún conflicto, cuento con alguien que me ayudaría.
82.- Mi familia me ignora.
83.- Tengo personas confiables a mi alrededor.
84.- Mi salud está controlada por medicamentos.
85.- Para poder tener relaciones sexuales tengo que esconderme.
86.- Disfruto tener relaciones sexuales.
87.- Cuento con personas que me demuestran su afecto.
88.- Solo creo en lo que veo.
89.- En mi comunidad tengo acceso a bibliotecas.
90.- Mis amigos me mal aconsejan.

91.- Mi familia me cuida.
92.- Me divierto con mis amigos.
93.- Tengo suficiente energía para mis actividades diarias.
94.- Mi pareja me agrede verbalmente.
95.- Mi familia me demuestra amor.
96.- Consumo frutas.
97.- Me considero una persona feliz.
98.- Puedo tomar solo cualquier decisión.
99.- Consumo comida no balanceada (papas, refresco, alimentos fritos, dulces).
100.- En mi comunidad tengo acceso a servicio médico.

101.- Mi traslado es seguro.
102.- En el lugar en donde vivo mis vecinos son unidos.
103.- Mi trabajo afecta mi salud.
104.- En mi comunidad tengo acceso a internet.
105.- Consumo verduras.
106.- Mis amigos me hacen sentir querido.
107.- Consigo oportunidades por caerle bien a las personas.
108.- Me considero una persona saludable.
109.- En mi comunidad tengo acceso a centros deportivos.
110.- En mi familia me regañan sin motivo alguno.

111.- Tengo un equilibrio entre lo que deseo y lo que quiero.
112.- Hago ejercicio al aire libre.
113.- Soy una persona reconocida por los demás.
114.- Pruebo mi suerte en actos o juegos de azar.
115.- En el lugar en donde vivo hay manifestaciones.
116.- Soy una persona estresada.
117.- El transporte es barato.
118.- Me considero una persona independiente.
119.- Evito pasar debajo de una escalera, por miedo a tener mala suerte.
120.- Cuando cometo algún error en mi trabajo, toman represalias.

121.- El lugar en donde vivo es sucio.
122.- Creo que no valgo nada.
123.- Mi familia me deprime.
124.- Mi familia confía en mí.
125.- Cuento con alguien que me ayuda a relajarme:
126.- Mi familia me pone atención.
127.- Mi familia me aconseja.

<b>Favor de irse a la hoja de respuestas para contestar de la pregunta 128 hasta la 178.</b>
179.- Pienso que las personas de mi alrededor.
180.- Convivo con mi familia.
181.- En el lugar en donde vivo hay.
182.- El trabajo que realizo me hace sentir.
183.- Mis compañeros de trabajo se portan conmigo.
184.- En las actividades que se realizan en mi comunidad hay.
185.- Cuando tengo que memorizar algo yo.

186.- El transporte me hace sentir.
187.- Para mantener mi salud necesito medicarme.
188.- La cantidad de comida nutritiva que consumo (cereales, carnes, vegetales, frutas, etc.) es.
189.- Consumo alcohol.
190.- Tener relaciones sexuales me hace sentir.

191.- El ambiente del trabajo me hacen sentir.
192.- Mi cuerpo.
193.- Mi familia me hace sentir.
194.- Consumo drogas (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.).
195.- Espero el transporte.
196.- Mi familia es.
197.- La mayor parte del tiempo soy una persona.
198.- El material del que está mayormente construida mi casa es.
199.- Cuando no tengo las herramientas necesarias para realizar mi trabajo yo.
200.- Si tengo un problema, mis compañeros de trabajo me.
201.- Cuando prometo algo yo.
202.- Regularmente duermo.

# Hojas de Respuesta Cuestionario “C”

## CALIDAD DE VIDA

### Versión 1

Nunca = N	Casi Nunca = CN	Raras ocasiones = RO	Ocasionalmente= O	Regularmente = R	Frecuentemente = F
--------------	--------------------	-------------------------	----------------------	---------------------	-----------------------

	N	CN	RO	O	R	F
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						
8.-						
9.-						
10.-						

	N	CN	RO	O	R	F
11.-						
12.-						
13.-						
14.-						
15.-						
16.-						
17.-						
18.-						
19.-						
20.-						

	N	CN	RO	O	R	F
21.-						
22.-						
23.-						
24.-						
25.-						
26.-						
27.-						
28.-						
29.-						
30.-						

	N	CN	RO	O	R	F
31.-						
32.-						
33.-						
34.-						
35.-						
36.-						
37.-						
38.-						
39.-						
40.-						

	N	CN	RO	O	R	F
41.-						
42.-						
43.-						
44.-						
45.-						
46.-						
47.-						
48.-						
49.-						
50.-						

	N	CN	RO	O	R	F
51.-						
52.-						
53.-						
54.-						
55.-						
56.-						
57.-						
58.-						
59.-						
60.-						

	N	CN	RO	O	R	F
61.-						
62.-						
63.-						
64.-						
65.-						
66.-						
67.-						
68.-						
69.-						
70.-						

	N	CN	RO	O	R	F
71.-						
72.-						
73.-						
74.-						
75.-						
76.-						
77.-						
78.-						
79.-						
80.-						

	N	CN	RO	O	R	F
81.-						
82.-						
83.-						
84.-						
85.-						
86.-						
87.-						
88.-						
89.-						
90.-						

	N	CN	RO	O	R	F
91.-						
92.-						
93.-						
94.-						
95.-						
96.-						
97.-						
98.-						
99.-						
100.-						

	N	CN	RO	O	R	F
101.-						
102.-						
103.-						
104.-						
105.-						
106.-						
107.-						
108.-						
109.-						
110.-						

	N	CN	RO	O	R	F
111.-						
112.-						
113.-						
114.-						
115.-						
116.-						
117.-						
118.-						
119.-						
120.-						

	N	CN	RO	O	R	F
121.-						
122.-						
123.-						
124.-						
125.-						
126.-						
127.-						



A continuación encontrarás una serie de oraciones y dos opciones que usarás para describirte, tomando en consideración que entre más cerca de la palabra se encuentre el cuadro, indica que tienes más de esa característica.

Ejemplo

El ambiente en mi trabajo me:									
Satisface									Desgasta

Debes marcar con una “X” sobre el cuadro que te represente mejor, Si marcas el cuadro que se encuentra junto a la palabra indica que tienes mucho de esta característica. El resto de los cuadros indican diferentes grados de las características, utiliza éstos para encontrar el punto adecuado para tu propia persona.. Contesta en todos los renglones, dando sólo una respuesta en cada renglón.

Mis compañeros de trabajo son conmigo:									
128.-	Amistosos								Antipáticos
129.-	Holgazanes								Cooperativos
130.-	Sociables								Antisociales
131.-	Irresponsables								Responsables
132.-	Compañerismo								Insolidarios
133.-	Groseros								Cordiales
134.-	Cooperativos								No ayudan
135.-	Envidiosos								Generosos
136.-	Respetuosos								Groseros
En mi familia me:									
137.-	Desaprueban								Apoyan
138.-	Protegen								Agreden
139.-	Desconfían								Confían
Las actividades en mi comunidad son:									
140.-	Familiares								Sin familia
141.-	Insulsas								Interesantes
142.-	Religiosas								Anti-religión
143.-	Anti-deportivas								Deportivas
144.-	Continuas								No hay
El ambiente de mi trabajo me:									
145.-	Obstaculiza								Supera
146.-	Enseña								Ignora
147.-	Da inseguridad								Da seguridad
148.-	Tranquiliza								Estresa
Mi actividad física se asocia con:									
149.-	Apatía								Dinamismo
La enfermedad en mi vida es:									
150.-	Alivio								Dolor
151.-	Alteración								Calma
152.-	Utilidad								Invalidez
Ciertas sustancias que consumo me:									
153.-	Destruyen								Favorecen
154.-	Benefician								Deterioran
El sueldo que gano es:									
155.-	Injusto								Justo
156.-	Estable								Inestable
Me describiría como una persona:									
157.-	Inestable								Estable
158.-	Líder								Sumisa
159.-	Poco exitosa								Exitosa
El lugar en donde vivo es:									
160.-	Cuidadoso								Negligente
La inactividad me hace sentir:									
161.-	Desmotivado								Motivado
Regularmente mi traslado es:									
162.-	Silencioso								Ruidoso
Me considero una persona:									
163.-	Fracasada								Realizada
164.-	Racional								Irrracional
Soy alguien:									
165.-	Desconfiado								Confiado
166.-	Solvente								Deudor
167.-	Imprudente								Prudente
168.-	Responsable								Desobligado
En el ambiente de mi trabajo hay:									
169.-	Enemistad								Amistad
170.-	Limpieza								Suciedad
171.-	Incomodidad								Comodidad
Los medicamentos para mí :									
172.-	Controlan								Descontrolan
173.-	Fortalecen								Debilitan
174.-	Son buenos								Son malos
Soy una persona:									
175.-	Inculto								Culto
176.-	Divertida								Aburrida
177.-	Fantasiosa								Realista
Considero que mi trabajo es:									
178.-	Energético								Cansado

179.-	Pienso que las personas de mi alrededor:	
	1	Me ignoran
	2	Me humillan
	3	No me dan la importancia que merezco
	4	Me incluyen en su grupo
	5	Conviven conmigo
	6	Me ponen atención
180.-	Convivo con mi familia:	
	1	A diario, en cualquier momento
	2	En reuniones familiares
	3	En la hora de comer (desayuno, comida y/o cena)
	4	Cuando hay una emergencia
	5	No convivo con mi familia
	6	Los fines de semana
181.-	En el lugar en donde vivo hay:	
	1	Unión
	2	Vandalismo
	3	Delincuencia
	4	Fiestas
	5	Convivencia
	6	Violencia
182.-	El trabajo que realizo me hace sentir:	
	1	Importante
	2	Realizado
	3	Sin importancia
	4	Satisfecho
	5	Estancado
	6	Aburrido
183.-	Mis compañeros de trabajo se portan conmigo:	
	1	Desinteresados
	2	Groseros
	3	Amables
	4	Holgazanes
	5	Cooperativos
	6	Alegres
184.-	En las actividades que se realizan en mi comunidad hay:	
	1	Acuerdos
	2	Convivencia
	3	Seguridad
	4	No se realizan
	5	Inseguridad
	6	Desacuerdos

185.-	Cuando tengo que memorizar algo yo:	
	1	Me estreso
	2	No me puedo concentrar
	3	Lo memorizo fácilmente
	4	Aunque me cuesta trabajo, lo puedo recordar
	5	Lo repaso varias veces para poderlo recordar
	6	No lo puedo recordar
186.-	El transporte me hace sentir:	
	1	Inseguro
	2	Seguro
	3	Cómodo
	4	Incómodo
	5	Estresado
	6	Relajado
187.-	Para mantener mi salud necesito medicarme:	
	1	Todo el tiempo (varias veces por día, todos los días)
	2	No necesito medicarme
	3	Solo cuando me siento con malestar
	4	Durante un periodo corto
	5	Ocasionalmente entre periodos largos de tiempo
	6	Una vez por día
188.-	La cantidad de comida nutritiva que consumo (cereales, carnes, vegetales, frutas, etc.) es:	
	1	Suficiente
	2	Necesaria
	3	Insuficiente
	4	Poca
	5	Escasa
	6	Nula
189.-	Consumo alcohol:	
	1	Diario
	2	5 ó 4 días a la semana
	3	3 ó 2 días a la semana
	4	Un día a la semana
	5	Una vez al mes aproximadamente
	6	No bebo alcohol
190.-	Tener relaciones sexuales me hace sentir:	
	1	Insatisfecho
	2	Satisfecho
	3	Con dolor físico
	4	Incómodo
	5	Relajado
	6	Bien

191.-	El ambiente de trabajo me hace sentir:
	1 Tranquilo
	2 Incómodo
	3 Inseguro
	4 Motivado
	5 Estable
	6 Fastidiado
192.-	Mi cuerpo:
	1 Me hace sentir incómodo
	2 Me gusta
	3 Me da pena
	4 No me gusta
	5 Me hace sentir atractivo
	6 Me enorgullece
193.-	Mi familia me hace sentir:
	1 Amado
	2 Ignorado
	3 Apoyado
	4 Humillado
	5 Motivado
	6 Avergonzado
194.-	Consumo drogas (mariguana, cocaína, anfetaminas, solventes, etc.):
	1 Diario
	2 5 ó 4 días a la semana
	3 3 ó 2 días a la semana
	4 Un día a la semana
	5 Una vez al mes aproximadamente
	6 No consumo
195.-	Espero el transporte:
	1 Menos de 5 minutos
	2 10 minutos
	3 20 minutos
	4 30 minutos
	5 40 minutos
	6 Más de 1 hora
196.-	Mi familia es:
	1 Alegre
	2 Amargada
	3 Cordial
	4 Cerrada
	5 Afectuosa
	6 Hostigosa

197.-	La mayor parte del tiempo soy una persona:
	1 Alegre
	2 Amable
	3 Seria
	4 Enojona
	5 Quejumbrosa
	6 Tranquila
198.-	El material del que está mayormente construida mi casa es:
	1 Cartón y/o materiales reciclados
	2 Lamina
	3 Madera
	4 Adobe
	5 Tabique y/o tabicón
	6 Cemento
199.-	Cuando no tengo las herramientas necesarias para realizar mi trabajo yo:
	1 Busco la solución
	2 Pido ayuda
	3 Espero a que alguien lo resuelva
	4 Me enojo y ya no termino mi trabajo
	5 Me molesto pero busco solucionarlo
	6 No sé qué hacer
200.-	Si tengo un problema, mis compañeros de trabajo me:
	1 Animán
	2 Critican
	3 Ignoran
	4 Ayudan
	5 Buscan más problemas
	6 Escuchan
201.-	Cuando prometo algo yo:
	1 Lo cumplo sin problema alguno
	2 La mayoría de las ocasiones no lo cumplo
	3 Lo cumplo si me insisten mucho
	4 Alargo el periodo para cumplir
	5 Lo cumplo para no sentirme culpable
	6 No lo cumplo
202.-	Regularmente duermo:
	1 Menos de 2 horas diarias
	2 8 horas diarias
	3 2 horas diarias
	4 6 horas diarias
	5 Más de 10 horas diarias
	6 4 horas diarias