

CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONALES DE
LA SALUD EN LA CIUDAD DE LIMA
QUALITY OF LIFE IN HEALTH'S PROFESSIONALS
FROM LIMA CITY

Mirian Grimaldo Muchotrigo*
Universidad de San Martín de Porres, Perú.

Recibido: 12 de enero de 2011

Aceptado: 24 de mayo de 2011

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es identificar y comparar los niveles de calidad de vida en los dominios bienestar económico, amigos, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, según sexo e ingreso económico, en una muestra conformada por 198 profesionales de la salud, de los cuales el 73,2% eran mujeres y 26,8% varones, estudiantes de una escuela de postgrado de la ciudad de Lima. El instrumento utilizado fue la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982). Los resultados se expresaron a partir de medias, observándose que los participantes se ubicaron en un nivel de calidad de vida buena en todos los dominios evaluados. Para examinar las diferencias, se aplicó un MANOVA, encontrando que la interacción entre sexo e ingreso no fue estadísticamente significativa. Se aplicó un ANOVA univariado y se halló que el efecto principal del ingreso económico resultó ser estadísticamente significativo, de tal manera que los que tenían más ingresos económicos percibían que su calidad de vida en el dominio bienestar económico era mejor. En el dominio pareja, las puntuaciones más bajas ocurrieron en los que obtenían más bajos ingresos económicos.

Palabras clave: Calidad de vida, profesionales de la salud, estudiantes de post grado.

ABSTRACT

The objective of this research is identify and compare the levels of quality of life in the following domains of quality of life: economic welfare, friends, family and home, couple, leisure, media, religion and health, according to sex and economic income, in a sample of 198 health's professionals, of which 73.2% of them were female and 26.8% were men, students from graduate school in the city of Lima. The instrument used was the Quality of Life Scale by Olson & Barnes (1982). The results were expressed in media and the participants were located in a good level of quality life in all the domains assessed. To examine the differences, was applied a MANOVA, it was found that there wasn't interaction between sex and income. Then, it was applied an univariate ANOVA it was found that the main effect of economic income was statistically significant, so the professional students with more economic income perceived that the quality life in this domain was better. In the domain couple, the lowest scores occurred among those who have low income.

Key words: Quality of Life, Health Professionals, Graduate Students

* mgrimaldo2001@yahoo.com

En los últimos tiempos se ha estudiado mucho acerca de la calidad de vida, sin embargo resulta importante cuando se trata de profesionales de la salud, ya que diversos estudios han encontrado altos niveles de estrés laboral en esta población (Ho, Ching, Shih & Liang, 2009; Martínez & López, 2005; Pratibha, 2009; Séhlen, et al, 2009; Sveinsdottir, Biering & Ramel, 2006). Al respecto, es probable que algunas variables demográficas puedan ejercer influencia sobre este constructo psicológico; es así como se ha hallado que los altos ingresos pueden proteger a las personas de situaciones que pudieran comprometer su homeostasis (Ahuvia & Friedman, 1998); así mismo, puntajes más altos de calidad de vida se asocian con un mayor ingreso económico (Fahey, Whelan & Maître, 2005; Preidt, 2009; Tavallai, Einollahi, Farahani & Namdari, 2009). Si bien es cierto, la calidad de vida no se puede reducir solo a las condiciones socioeconómicas, éstas son fundamentales para el bienestar del ser humano (Lugones, 2002). Respecto al sexo, algunos autores (Cabezas, Rubio & Aleixander, 2001; Jörgarden, Wettergen & Von Essen, 2006), reportaron en sus estudios una mejor calidad de vida en la población de varones en comparación a las mujeres. Considerando la edad, Jörgarden, et al, (2006), observaron que los adolescentes obtuvieron puntajes más altos de Calidad de Vida en comparación con los adultos jóvenes. Como vemos, es probable que algunas variables demográficas puedan influir en el nivel de calidad de vida; aunque en nuestro medio no hay estudios específicos al respecto, constituyendo ello un potencial aporte de la presente investigación.

Por todo lo anteriormente expresado resulta importante conocer los niveles de calidad de vida según ingreso económico y sexo; ya que a partir de estos resultados será posible desarrollar estrategias y programas de intervención orientados a mejorar la calidad de vida de los participantes; en la medida que intervenir en ella, influirá también en la mejora de la calidad del servicio que se brinda y en la salud de estos profesionales. Pues es innegable que la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en la actualidad (Sanabria-Ferrand, Gonzáles & Urrego, 2007).

Antecedentes

Para algunos autores (Camfield & Skenvington, 2008; Hidalgo, 2008; Hidalgo, 2009; León, 2009; Rodríguez & García, 2005), la revisión del concepto de Calidad de Vida

permite afirmar que no existe una definición únicamente aceptada de él. Más aún, el concepto requiere precisiones y adaptaciones a diferentes contextos. Así, por ejemplo, se habla de calidad de vida en enfermos terminales, en los que evidentemente los parámetros para evaluarla son otros que los que caracterizan a la calidad de vida en enfermos crónicos y en personas sanas. Es así como el debate acerca de lo que exactamente significa calidad de vida, se mantiene a pesar de los años, y parece existir poco progreso en el logro de un consenso (Ranzijn, 2002, citado en Inga & Vara, 2006). Algunos investigadores consideran a la calidad de vida como un concepto unidimensional; y en el otro extremo, existen estudiosos que conciben la calidad de vida como la evaluación de todos los dominios y aspectos de la vida, tanto subjetivos como objetivos, incluyendo la salud y el hogar, habilidad funcional, ingreso económico, vida social, salud mental y bienestar (Arnold, 1991; Janssen, 2004; Olson & Barnes, 1982; Victoria, González, Fernández & Ruiz, 2005).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud [OMS], citado en The World Health Organization Quality of Life Assessment (1995), plantea que la calidad de vida es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

En los años dos mil, se generan una serie de estudios relacionados al constructo calidad de vida, algunos referidos a individuos enfermos; entre los cuales se encuentran las investigaciones realizadas en pacientes psiquiátricos (Flechtner, Moller, Kranendonk, Luther & Lehmkuhl, 2002), pacientes obesos (Swallen, Reither, Haas & Meier, 2005), pacientes neurológicos (Gerharz, Eiser & Woodhouse, 2003); pacientes con discapacidad (Edwards, Patrick & Topolski, 2003), pacientes con cáncer testicular (Pazos, 2007), cáncer de mamas (Monge, 2009), trastorno de ansiedad generalizada (Cornejo & Pérez, 2009), farmacodependientes (García, 2008), autismo (Benites, 2009), tuberculosis (Calizaya, 2009), pacientes con VIH (Ramírez, 2000); entre otros estudios. De la misma manera, se desarrollan investigaciones con grupos presuntamente sanos, en donde se encuentran los trabajos realizados con adolescentes y padres (Simeoni, Sapín, Antoniotti & Auquier, 2001), con estudiantes universitarios (Díaz, Palacios,

* mgrimaldo2001@yahoo.com

Morinaga & Mayorga, 2000; Hidalgo, 2009; Kernick & Reinhold, 2002), en adultos mayores (Osorio & Martínez, 2008), en adolescentes (Grimaldo, 2009); entre otros. Así mismo relacionándolo con diferentes variables: Calidad de vida y percepción del peso corporal (Hidalgo, Rasmussen & Hidalgo, 2009), con placer sensorial (Zaera & Aguilar, 2009), bienestar (Castella, 2009), satisfacción con el trabajo (Meda, Echevarría, Palomera & Estrada, 2009), con autoconcepto (Brito & Aguilar, 2009), con comunicación familiar (Bulnes, 1999); entre otros constructos.

Respecto a la calidad de vida en personal de salud existen estudios que indican que en el caso de los enfermeros, las características del trabajo que realizan, en donde se observa desgaste y deterioro como consecuencia del medio ambiente, sumado a los eventos de muerte, sufrimiento y dolor, comprometen su calidad de vida (Alfaia & Berisn, 2009; Barrientos & Suazo, 2007; Carvalho & Lima, 2001; Goncalves, Lentz, Cortenaro & Nassar, 2000). De la misma manera, estudios realizados con médicos residentes, han encontrado que las guardias influyen de forma negativa en la calidad de vida, en la calidad de la atención y en su salud (García, Menéndez & Ryan, 2005; Owens, 2001; Samkoff & Jacques, 1991).

Antes de hacer referencia a la teoría que sustenta el trabajo desarrollado, es necesario señalar que en el concepto de calidad de vida tiene tres diferentes orientaciones, una general, otra relacionada con la salud y en tercer lugar, enfocada en función a las enfermedades específicas, tal como se observa en las diferentes investigaciones señaladas en los párrafos anteriores. Al respecto, el presente estudio está ubicado en las investigaciones en donde se conceptualiza la calidad de vida de forma general.

Teoría de los Dominios

El presente trabajo se aborda desde la Teoría de los Dominios propuesta por Olson y Barnes (1982), quienes plantean que una característica común en los estudios de la calidad de vida, constituye la evaluación de la satisfacción en los dominios de las experiencias vitales de los individuos. Cada dominio se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, entre otros (Andrews & Whitney, 1974; Campbell, Converse & Rodger, 1976).

Según Olson y Barnes (citado en García, 2008), proponen una conceptualización subjetiva para definir la calidad de vida y la relacionan con el ajuste entre el sí mismo y el ambiente; por lo tanto la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción. No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso de desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta u óptima y baja o deficiente calidad de vida.

Desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida se define como un proceso dinámico, complejo y multidimensional; basado en la percepción subjetiva del grado de satisfacción que una persona ha alcanzado en relación a las dimensiones de su ambiente. A nivel operacional se define como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social, que le permiten al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales, en los siguientes dominios de la vida de una persona: Bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud; medida a partir de las valoraciones y criterios; medida a partir de los siguientes criterios: Calidad de vida óptima (estado de pleno bienestar físico, mental y social), tendencia a calidad de vida buena (estado de bienestar físico, mental y social con ciertas limitaciones), tendencia a baja calidad de vida (estado de bienestar físico, mental y social con muchas limitaciones) y mala calidad de vida (estado de bienestar físico, mental y social con serias limitaciones).

A partir de todo lo mencionado se formulan las siguientes hipótesis de investigación:

- El nivel de calidad de vida será mayor en el grupo de varones que el grupo de las mujeres.
- El nivel de calidad de vida será mayor en el grupo de los que ganan más en relación a los que ganan menos.

De la misma manera se formula el siguiente problema de investigación ¿Cuáles son los niveles de calidad de vida en los dominios bienestar económico, amigos, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida, según sexo e ingreso económico?

* mgrimaldo2001@yahoo.com

Método

Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo comparativo.

Participantes

La población estuvo conformada por 409 estudiantes de segundo ciclo de Ciencias de la Salud de una Escuela de Post grado de la ciudad de Lima; matriculados en las maestrías de Salud Pública, Docencia e Investigación en estomatología, Administración de servicios de salud, Psicología Clínica y de la Salud, Psicología Organizacional y Recursos Humanos, Salud Pública con mención en epidemiología, Salud Pública con mención en gestión hospitalaria, Salud pública con mención en salud reproductiva, Gestión y conducción en salud, Psicología Educativa con mención en Problemas de Aprendizaje, Tutoría y Orientación Educativa y los doctorados en Salud Pública y Odontología.

La muestra fue probabilística y la técnica de muestreo utilizada fue la asignación proporcional; posteriormente, se realizó el muestreo estratificado, quedando conformada por 198 participantes. Dentro de las principales características de la muestra, se observó que el 73,2% eran mujeres y 26.8% varones. Así mismo, se trataba mayoritariamente de una muestra conformada por médicos (37,4%), luego se ubicaban los siguientes profesionales: Enfermeras (19,7%), psicólogos (14,1%), odontólogos (7,1%), obstetrices, (6,6%), tecnólogos médicos (5,6%), educadores (2%) y otros profesionales. Las edades estuvieron comprendidas entre los 23 a 68 años de edad ($M=38,9$), para los varones la media fue de 43 años y para las mujeres, 37 años; en cuanto al estado civil, la mayoría de los participantes eran casados (50%), luego se ubicaban los solteros (42,4%), convivientes (4%) y finalmente los viudos (3.5%).

La Escuela de Post grado fue seleccionada en función a la accesibilidad y las garantías que ofrecía para una adecuada recogida de datos, considerando el compromiso de las autoridades y del personal docente y administrativo. Así mismo, por tratarse de la Escuela que albergaba al mayor número de alumnos matriculados en maestrías y doctorados en Ciencias para la Salud en el Perú.

Instrumento

Se utilizó la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982), adaptada para el presente estudio; debido a que el instrumento original estaba dirigido a adolescentes. De tal manera, que se consideraron algunas características de la muestra, tales como la edad y profesión y se amplió el número de ítems a un total de setenta y tres. El objetivo del presente instrumento es identificar los niveles de calidad de vida en diversos dominios de la vida del participante. Es una prueba de lápiz y papel y los ítems son de tipo likert (1 = Insatisfecho, 2 = Un poco satisfecho, 3 = Más o menos satisfecho; 4 = Bastante satisfecho y 5 = Completamente satisfecho). Las categorías finales son: Baja calidad de vida, tendencia a una baja calidad de vida, buena calidad de vida, tendencia a una óptima calidad de vida y óptima calidad de vida.

La administración del presente instrumento puede ser individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de aproximadamente veinte minutos. Las dimensiones que evalúa el instrumento son los siguientes: Bienestar Económico, Amigos, Vecindario y Comunidad, Vida Familiar y Hogar, Pareja, Ocio, Medios de Comunicación, Religión y Salud. A manera de ejemplo se presentan algunos ítems de cada dimensión evaluada:

- En el caso de la dimensión Bienestar económico, se evalúa la satisfacción en relación a los medios materiales que tiene la vivienda para vivir cómodamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer las necesidades de vestido, recreativas, educativas y de salud de la familia, entre otros ítems.
- En el dominio Amigos, se ubican por ejemplo los siguientes ítems: El nivel de satisfacción en relación a los amigos que frecuenta en la zona donde vive, las actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tiempo que comparte con los amigos en la zona donde reside, los amigos del trabajo, etc.
- En el dominio Vecindario y comunidad se ubican los siguientes ítems: Las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno, los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en la comunidad, las facilidades

para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.), entre otros ítems.

- En el dominio Vida familiar y hogar, se encuentran los siguientes: La relación afectiva con su(s) hijo(s), (as), el número de hijos (as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar, el tiempo que pasa con la familia, etc.
- El dominio Pareja es evaluado por los siguientes ítems: La relación afectiva con la esposa (so), el tiempo que pasa con la pareja, las actividades que comparte con la pareja, el apoyo emocional que recibe de la pareja, entre otros ítems.
- El dominio Ocio es medido a partir de los siguientes ítems: La cantidad de tiempo libre que tiene disponible, las actividades deportivas, recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.), además de otros ítems.
- El dominio Medios de comunicación es evaluado a partir del grado de satisfacción respecto al contenido de los programas de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio; la cantidad de tiempo que pasa escuchando radio, en Internet revisando páginas educativas y no educativas, etc.
- En el dominio Religión se ubican entre otros los siguientes ítems: La vida religiosa de la familia, la frecuencia de asistencia a misa, la relación que tiene con Dios, el tiempo que le brinda a Dios, etc.
- Finalmente, en el dominio Salud, se ubican entre otros los siguientes ítems: La salud física y psicológica, la salud física de otros miembros de la familia nuclear, entre otros ítems.

Respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, para el presente estudio la Escala fue sometida a Validez de Contenido a través del método de Criterio de Jueces, para lo cual se utilizó el Coeficiente V. de Aiken. Respecto a la validez de constructo, se recurrió al análisis factorial y para evaluarlo, inicialmente se utilizó la medida de Kaiser-Meyer-Olkin de Adecuabilidad de la Muestra, tal como se observa en la tabla 1. Allí se obtuvo 0,822, lo cual

sugería que la matriz de correlaciones R de los ítems podía ser óptima para ser analizada factorialmente. De la misma manera se aplicó la Prueba de esfericidad de Barlett, la misma que indicó que las variables formaban patrones de correlaciones lineales identificables y por lo tanto podían ser factorizados por el análisis factorial.

Tabla 1

Pruebas Estadísticas utilizadas para determinar la aplicabilidad del Análisis Factorial

| Pruebas Estadísticas | Valor | Significación |
|---|---|---------------|
| Medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adecuabilidad de la muestra | 0,822 | |
| Prueba de Esfericidad de Bartlett | Chi Cuadrado=11646,364 Grados de libertad = 2775 | $p < ,000$ |

En cuanto a la determinación del número de factores, se observaron nueve factores extraídos que contenían el 59,41% de la varianza de los ítems, lo cual significaba que estos factores alcanzaban a explicar, con algún grado de significado conceptual las correlaciones entre los ítems, tal como se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2

Varianza Total para los nueve Factores Identificados con autovalores

| Factores | Autovalores | | |
|----------|-------------|------------|-------------|
| | Total | % Varianza | % Acumulado |
| 1 | 16,669 | 22,226 | 22,226 |
| 2 | 6,139 | 8,185 | 30,410 |
| 3 | 5,265 | 7,020 | 37,430 |
| 4 | 3,735 | 4,980 | 42,410 |
| 5 | 3,188 | 4,250 | 46,660 |
| 6 | 2,757 | 3,676 | 50,336 |
| 7 | 2,502 | 3,336 | 53,673 |
| 8 | 2,294 | 3,058 | 56,731 |
| 9 | 2,010 | 2,680 | 59,411 |

Luego de aplicar el análisis factorial, utilizando el método de extracción de ejes principales y el método rotacional Promax; se sugirieron nueve factores extraídos, los cuales confirmaban la estructura teórica del instrumento, tal como se aprecia en la tabla 3.

* mgrimaldo2001@yahoo.com

Tabla 3*Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Calidad de Vida con el método de rotación Promax (Matriz de patrones y estructura)*

| Factores | | | | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------|---------------------|------------|-----------------------|----------|------------------------|------------|------------|-------|
| Número/orientación del ítem | Medios de Comunicación | Bienestar Económico | Pareja | Vida Familiar y hogar | Religión | Vecindario y comunidad | Ocio | Amigos | Salud |
| 1. Medios materiales vivienda | | ,368(,459) | | | | | | | |
| 2. Alimentación familiar | | ,830(,790) | | | | | | | |
| 3. Necesidad de Vestido | | ,899(,867) | | | | | | | |
| 4. Necesidades recreativas | | ,839(,869) | | | | | | | |
| 5. Necesidades educativas | | ,843(,873) | | | | | | | |
| 6. Necesidades de salud | | ,812(,842) | | | | | | | |
| 7. Gastos diarios | | ,823(,818) | | | | | | | |
| 8. Gasto fin de semana | | ,884(,847) | | | | | | | |
| 9. Lujos | | ,622(,613) | | | | | | | |
| 10. Amigos que frecuenta | | | | | | | | ,300(,405) | |
| 11. Actividades con amigos | | | | | | | | ,405(,499) | |
| 12. Tiempo con amigos | | | | | | | | ,549(,593) | |
| 13. Amigos del Trabajo | | | | | | | | ,760(,809) | |
| 14. Actividades amigos trabajo | | | | | | | | ,837(,843) | |
| 15. Tiempo amigos trabajo | | | | | | | | ,743(,774) | |
| 16. Número de amigos | | | | | | | | ,386(,506) | |
| 17. Compras Vecindario | | | | | | ,578(,629) | | | |
| 18. Seguridad vecindario | | | | | | ,785(,742) | | | |
| 19. Recreación vecindario | | | | | | ,885(,836) | | | |
| 20. Deportes vecindario | | | | | | ,851(,828) | | | |
| 21. Salud Vecindario | | | | | | ,645(,732) | | | |
| 22. Iglesia Vecindario | | | | | | ,329(,480) | | | |
| 23. Afectos familia | | | | ,513(,645) | | | | | |
| 24. Afecto con hijos | | | | ,594(,642) | | | | | |
| 25. Número de hijos | | | | ,507(,544) | | | | | |
| 26. Responsabilidades domésticas | | | | ,436(,567) | | | | | |
| 27. Hogar seguridad | | | | ,486(,668) | | | | | |
| 28. Necesidad amor | | | | ,582(,707) | | | | | |
| 29. Tiempo familiar | | | | ,377(,464) | | | | | |
| 30. Afectos padres | | | | ,842(,786) | | | | | |
| 31. Afectos hermanos | | | | ,837(,795) | | | | | |
| 32. Afectos sobrinos | | | | ,705(,707) | | | | | |
| 33. Apoyo que recibe familia | | | | ,698(,665) | | | | | |
| 34. Afectos pareja | | | ,887(,891) | | | | | | |
| 35. Tiempo pareja | | | ,816(,843) | | | | | | |
| 36. Actividades pareja | | | ,869(,878) | | | | | | |
| 37. Apoyo recibe pareja | | | ,947(,934) | | | | | | |
| 38. Apoyo brinda pareja | | | ,885(,891) | | | | | | |
| 39. Sexo pareja | | | ,805(,782) | | | | | | |
| 40. Tiempo libre | | | | | | | ,810(,802) | | |
| 41. Actividad deportiva | | | | | | | ,795(,801) | | |

| Factores | | | | | | | | | |
|--|------------------------|---------------------|--------|-----------------------|------------|------------------------|------------|--------|------------|
| Número/orientación del ítem | Medios de Comunicación | Bienestar Económico | Pareja | Vida Familiar y hogar | Religión | Vecindario y comunidad | Ocio | Amigos | Salud |
| 42. Actividades Recreativas | | | | | | | ,637(,754) | | |
| 43. Actividades de descanso | | | | | | | ,880(,855) | | |
| 44. Actividades creativas | | | | | | | ,799(,811) | | |
| 45. Contenido programas televisión | ,348(,406) | | | | | | | | |
| 46. Contenido programas televisión por cable | ,610(,566) | | | | | | | | |
| 47. Contenido programas radiales | ,632(,570) | | | | | | | | |
| 48. Tiempo escuchando radio | ,488(,486) | | | | | | | | |
| 49. Tiempo Internet | ,541(,563) | | | | | | | | |
| 50. Tiempo revisando páginas educativas | ,358(,497) | | | | | | | | |
| 51. Tiempo chateando | ,398(,491) | | | | | | | | |
| 52. Calidad películas nacionales | ,545(,550) | | | | | | | | |
| 53. Calidad películas extranjeras | ,577(,574) | | | | | | | | |
| 54. Frecuencia asistencia cine | ,540(,637) | | | | | | | | |
| 55. Calidad teatro | ,652(,652) | | | | | | | | |
| 56. Frecuencia asistencia teatro | ,686(,717) | | | | | | | | |
| 57. Contenido periódicos | ,424(,416) | | | | | | | | |
| 58. Frecuencia lee periódicos | ,472(,489) | | | | | | | | |
| 59. Contenido revistas científicas | ,584(,588) | | | | | | | | |
| 60. Contenido revistas no científicas | ,730(,644) | | | | | | | | |
| 61. Frecuencia lee revistas no científicas | ,524(,591) | | | | | | | | |
| 62. Frecuencia lee revistas Científicas | ,620(,597) | | | | | | | | |
| 63. Vida religiosa familia | | | | | ,486(,636) | | | | |
| 64. Asistencia misa | | | | | ,639(,706) | | | | |
| 65. Relación Dios | | | | | ,758(,734) | | | | |
| 66. Tiempo brinda a Dios | | | | | ,860(,824) | | | | |
| 67. Amor a Dios | | | | | ,765(,725) | | | | |
| 68. Actividades organizadas templo | | | | | ,551(,636) | | | | |
| 69. Vida religiosa comunidad | | | | | ,561(,668) | | | | |
| 70. Salud Física | | | | | | | | | ,397(,489) |
| 71. Salud Psicológica | | | | | | | | | ,521(,622) |
| 72. Salud física familiares | | | | | | | | | ,564(,660) |
| 73. Salud psicológica familiares | | | | | | | | | ,519(,626) |

Nota. Los valores de la matriz de estructura se encuentran entre paréntesis

En el caso de la confiabilidad, se trabajó a partir del coeficiente Alfa de Cronbach (1951) para la muestra total (.95), para la muestra de varones (.95) y para las mujeres (.94). El estudio de la confiabilidad también incluyó el análisis de los factores identificados, tal como se presenta en la tabla 4.

Tabla 4
Confiabilidad Factor por Factor de la Escala de Calidad de Vida

| Número de Factor | Factor | Confiabilidad Alfa de Cronbach |
|------------------|------------------------|--------------------------------|
| 1 | Bienestar Económico | ,93 |
| 2 | Amigos | ,83 |
| 3 | Vecindario y Comunidad | ,87 |
| 4 | Vida Familiar y Hogar | ,89 |
| 5 | Pareja | ,95 |
| 6 | Ocio | ,90 |
| 7 | Medios de Comunicación | ,89 |
| 8 | Religión | ,88 |
| 9 | Salud | ,85 |

Procedimiento

Inicialmente se realizaron las coordinaciones necesarias con las autoridades de la Escuela de post grado, en donde se solicitó el permiso respectivo. Posteriormente se llevó a cabo el Estudio Piloto con un grupo de veinte estudiantes; para ello se aplicó el instrumento con el fin de probar la inteligibilidad del mismo. Es así, como los participantes reportaron un acuerdo casi completo respecto a lo comprensible de los ítems e instrucciones. Luego se trabajó la validez de contenido, con la participación de diez especialistas en el tema, entre maestros y doctores.

El consentimiento informado, se obtuvo mediante una consulta por escrito dirigida a los participantes, quienes firmaron el mismo en calidad de aceptación. Se utilizó un lenguaje comprensible para explicar los objetivos y la finalidad del estudio; así como la participación que se requería. En el protocolo, se les informó que tenían libertad para declinar su participación o interrumpir la misma en cualquier momento de la administración del instrumento. De la misma manera, se les indicó que todos los datos eran confidenciales y que la participación era anónima; respetando así los principios de autonomía y

confidencialidad de los participantes. De la misma manera, verbalmente, se les indicó acerca de la hora de inicio y la duración prevista de la participación. En todo momento, se les brindó la oportunidad de formular todas las preguntas y dudas posibles acerca de su intervención. Luego de la aceptación voluntaria, se dio inicio a la aplicación del instrumento, la cual fue administrada por la autora del estudio. Finalmente, se aplicó la Escala siguiendo los procedimientos estandarizados para la administración grupal de pruebas de auto-reporte, durante las primeras horas de clase, para controlar la interferencia de la fatiga.

Análisis de datos

En este proceso se consideraron como variables de agrupación: Sexo e ingreso económico y los resultados se expresaron a partir de las medias. Para examinar las diferencias demográficas en la variable Calidad de Vida, se aplicó un MANOVA, tomando como efectos fijos las variables antes mencionadas. La evaluación de los presupuestos paramétricos del MANOVA se cumplieron moderadamente, pues la homogeneidad de la varianza entre los grupos en cada puntaje no fue estadísticamente significativo, y la normalidad de las distribuciones de los puntajes varió entre magnitudes leves a magnitudes severas (escala Vida Familiar y Medios de comunicación); por lo tanto, la interpretación de los resultados estadísticos inferenciales se realizaron con precaución. Se aplicó la corrección Bonferroni, cuyo objetivo es no aumentar la probabilidad global de hallar resultados sólo por el mero hecho de efectuar muchos análisis en diferentes variables obtenidas en nuestra muestra (Molinero, 2002). Los datos se analizaron y procesaron utilizando el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, versión 19,0 en español.

Resultados

En la tabla 5, se observa que en las mujeres las medias más altas se encuentran en los dominios: Amigos, vecindario y comunidad, vida familiar, medios de comunicación y religión y en el caso de los varones, las medias más altas se ubican en los dominios: Bienestar económico, pareja, ocio y salud.

* mgrimaldo2001@yahoo.com

Tabla 5
Información descriptiva de las dimensiones de calidad de vida según sexo

| Sexo | Mujeres n= 145 | | Varones n=53 | | Total N=198 | |
|------------------------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|
| | M (Categoría) | DS | M (Categoría) | DS | M (Categoría) | DS |
| Calidad de Vida total | 234,6 (Buena calidad de vida) | 35,9 | 235,5 (Buena calidad de vida) | 37,6 | 234,8 (Buena calidad de vida) | 36,2 |
| Bienestar económico | 28,2 (Buena calidad de vida) | 7,8 | 30,3 (Buena calidad de vida) | 7,1 | 28,7 (Buena calidad de vida) | 7,7 |
| Amigos | 22,7 (Buena calidad de vida) | 5,0 | 22,1 (Buena calidad de vida) | 4,7 | 22,5 (Buena calidad de vida) | 4,9 |
| Vecindario y comunidad | 19,9 (Buena calidad de vida) | 5,1 | 19,2 (Buena calidad de vida) | 5,5 | 19,7 (Buena calidad de vida) | 5,2 |
| Vida familiar | 42,4 (Buena calidad de vida) | 7,6 | 42,3 (Buena calidad de vida) | 8,1 | 42,4 (Buena calidad de vida) | 7,7 |
| Pareja | 22,2 (Buena calidad de vida) | 6,0 | 22,9 (Buena calidad de vida) | 5,8 | 22,3 (Buena calidad de vida) | 5,9 |
| Ocio | 13,0 (Buena calidad de vida) | 4,7 | 13,8 (Buena calidad de vida) | 4,9 | 13,2 (Buena calidad de vida) | 4,8 |
| Medios de comunicación | 52,5 (Buena calidad de vida) | 12,0 | 51,2 (Buena calidad de vida) | 10,9 | 52,2 (Buena calidad de vida) | 11,7 |
| Religión | 23,3 (Buena calidad de vida) | 5,8 | 22,4 (Buena calidad de vida) | 6,8 | 23,0 (Buena calidad de vida) | 6,1 |
| Salud | 13,8 (Buena calidad de vida) | 3,2 | 14,6 (Buena calidad de vida) | 2,6 | 14,0 (Buena calidad de vida) | 3,1 |

Respecto al ingreso económico, en la tabla 6 se aprecia que las medias más altas se ubican principalmente en los que ganan más en todos los dominios, con excepción de

religión, en donde la media más alta, se encuentra en los que ganan entre \$718 y \$1435 dólares americanos.

Tabla 6
Información descriptiva de las dimensiones de calidad de vida según ingreso económico

| Ingreso económico | Hasta \$719 dólares americanos | | \$718-\$1435 dólares americanos | | Más de \$1436 dólares americanos | |
|------------------------|--------------------------------|------|---------------------------------|------|----------------------------------|------|
| | M (Categoría) | DS | M (Categoría) | DS | M (Categoría) | DS |
| Calidad de Vida total | 226,0 (Buena calidad de vida) | 36,2 | 242,7 (Buena calidad de vida) | 30,9 | 242,7 (Buena calidad de vida) | 30,9 |
| Bienestar económico | 25,9 (Buena calidad de vida) | 7,2 | 31,3 (Buena calidad de vida) | 7,0 | 33,5 (Buena calidad de vida) | 6,7 |
| Amigos | 21,7 (Buena calidad de vida) | 5,3 | 23,0 (Buena calidad de vida) | 4,3 | 24,3 (Buena calidad de vida) | 4,3 |
| Vecindario y comunidad | 19,1 (Buena calidad de vida) | 5,6 | 19,8 (Buena calidad de vida) | 4,6 | 21,6 (Buena calidad de vida) | 4,8 |
| Vida familiar | 41,3 (Buena calidad de vida) | 7,9 | 43,5 (Buena calidad de vida) | 7,7 | 43,7 (Buena calidad de vida) | 6,5 |
| Pareja | 21,1 (Buena calidad de vida) | 6,7 | 23,8 (Buena calidad de vida) | 4,7 | 23,8 (Buena calidad de vida) | 4,1 |
| Ocio | 12,7 (Buena calidad de vida) | 4,9 | 13,4 (Buena calidad de vida) | 4,7 | 14,6 (Buena calidad de vida) | 4,5 |
| Medios de comunicación | 50,8 (Buena calidad de vida) | 12,2 | 53,5 (Buena calidad de vida) | 10,4 | 54,2 (Buena calidad de vida) | 12,4 |
| Religión | 22,7 (Buena calidad de vida) | 6,1 | 23,4 (Buena calidad de vida) | 5,6 | 23,3 (Buena calidad de vida) | 7,0 |
| Salud | 13,7 (Buena calidad de vida) | 3,2 | 14,3 (Buena calidad de vida) | 2,9 | 14,5 (Buena calidad de vida) | 3,0 |

* mgrimaldo2001@yahoo.com

Los resultados del MANOVA arrojaron que la interacción entre el sexo y los ingresos no fueron estadísticamente significativos ($\lambda_{Wilks} = 0.96$, $F[18, 368] = 0.42$, $p > 0.05$). Luego, respecto a los efectos principales, únicamente los ingresos tuvieron un efecto multivariado sobre los puntajes de calidad de vida ($= 0.81$, $F[18, 368] = 2.27$, $p < 0.002$). Para evaluar específicamente la fuente de la variabilidad en los puntajes de calidad de vida, se efectuó un ANOVA univariado. Al aplicarlo, sólo el efecto principal del nivel de ingresos resultó ser estadísticamente significativo ($F[2, 165] = 8.14$); de tal manera que los que tienen más ingresos económicos perciben que su calidad de vida en el dominio bienestar económico es mejor. Respecto a la calidad de vida en el dominio pareja, las puntuaciones más bajas ocurren entre los que obtienen bajos ingresos económicos ($F[2, 165] = 3.60$); esto significa que los que tienen menos ingresos económicos, tienden a mostrar menos puntajes en el dominio pareja de la calidad de vida.

Discusión

Los resultados anteriores nos indican que en general se observa una calidad de vida buena, la misma que depende de la percepción de los profesionales evaluados, aspecto que no es neutral sino que es producto de la relación, los antecedentes y las expectativas que tienen (Hidalgo, 2008). Ahora bien, la calidad de vida muestra una estrecha vinculación con el funcionamiento de la sociedad, con las normas y los valores sociales que el individuo debe asumir; pero sobretodo su vinculación con las aspiraciones y el nivel de satisfacción respecto a los dominios más importantes donde la persona desarrolla su vida; en otras palabras, con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar personal (Victoria, et al., 2005). De esta manera, tal como lo plantean los autores anteriormente citados, esta percepción personal, subjetiva y particular depende de la manera cómo están logrando responder a sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y desde una visión más global, cómo nuestra sociedad está permitiendo que tengan una adecuada percepción de su calidad de vida. Como vemos, tal como señalan Max Neef, Elizalde y Hopehayn (1985), la calidad de vida depende de la posibilidad que tienen las personas de satisfacer sus necesidades fundamentales.

En relación a los hallazgos comparativos, las únicas diferencias encontradas giran en torno al ingreso económico; específicamente en los dominios bienestar

económico y pareja. Es decir los profesionales de la salud que tienen mayores ingresos económicos perciben que su Calidad de Vida es más satisfactoria en los dominios antes mencionados. En el caso del dominio Bienestar Económico, los que ganan más tienen una mayor satisfacción en torno a los medios materiales que tiene su vivienda para vivir cómodamente; su capacidad económica para cubrir los gastos de alimentación, vestido, necesidades recreativas, educativas y de salud de la familia; la cantidad de dinero que tienen para gastar diariamente y la adjudicación de objetos personales considerados de *lujo*. Es decir, se corroboran los estudios realizados por algunos autores, quienes encontraron puntajes más altos de calidad de vida en asociación con un mayor ingreso económico (Fahey, Whelan & Maître, 2005; Preidt, 2009; Tavallai, Einollahi, Farahani & Namdari, 2009).

Otro resultado está en función al dominio pareja, ya que los que ganan menos reportan tener menos satisfacción a diferencia de los que ganan más. Al parecer, el ingreso económico influye en el grado de satisfacción con la pareja; es probable que ello genere dificultades que interfieran en la relación. Como se sabe, la economía puede afectar a todos los aspectos de la vida y, por lo tanto, también a la relación amorosa. En un estudio realizado por Lawrence, Thomasson, Wozniak y Prawitz, (1993), encontraron que los desacuerdos sobre las finanzas en la pareja están presentes entre las principales razones que contribuyen al divorcio. Así mismo, parejas insatisfechas con su situación financiera a menudo consideran su relación como un fracaso (Blumstein & Schwarz, 1983); ya que el dinero es considerado esencial en la relación conyugal. De la misma manera, se conoce que la presión económica genera un aumento en la hostilidad del cónyuge (Freeman, Carlson & Sperry, 1993). Además el aumento de la hostilidad y las tensiones financieras son asociadas con una disminución de la satisfacción marital (Kerkmann, Lee, Lown & Allgood, 2000).

Frente a los resultados anteriores, surge la necesidad de intervenir en aquellos profesionales de la salud que tienen pareja y bajos ingresos para que puedan desarrollar competencias orientadas a gestionar mejor sus ingresos personales y familiares. Si bien es cierto, popularmente se apoya la creencia que los problemas financieros son la causa número uno de divorcio; sin embargo, recientes estudios han demostrado que los problemas financieros son pobres

* mgrimaldo2001@yahoo.com

predictores (Andersen, 2005). Al respecto, se ha encontrado que estos problemas ocupan alrededor del cuarto lugar como factor predictor del divorcio (Andersen, 2001; Lown & Chandler, 1993; White, 1990).

Así mismo, sería conveniente desarrollar recursos que les permita manejar la insatisfacción marital y probablemente el estrés que les genera el hecho de tener menores ingresos y no poder satisfacer las necesidades o las exigencias de la pareja. Ya que de acuerdo a los ítems que evalúan esta dimensión, la insatisfacción se ubica en la calidad de la relación afectiva y el apoyo emocional que brindan y reciben. Así, al no percibir el apoyo de su pareja, el bajo ingreso económico, puede estar mermando aún más la relación. Al tratarse principalmente de un mayor porcentaje de participación femenina, mujeres profesionales, mayormente médicos, estudiantes de post grado, que trabajan y en mayor porcentaje casadas; requieren recibir apoyo psicológico conjuntamente con la pareja, para afianzar la relación y poder enfrentar juntos las diversas situaciones problemáticas que se les presentan, incluidas las económicas y financieras, en la medida que podría ser el inicio de un resquebrajamiento de la relación.

Referencias

- Alhuvia, A. C. & Friedman, D. (1998). Income, consumption and subjective well being: Toward a composite macromarketing Model, *Journal of Macromarketing*, 18, 153-168.
- Alfaia, R. M. & Berisn, R. (2009). Quality of life of nurses in the operating room. *Journal of Albert Einstein Hospital*, 7 (2), 152-158.
- Andersen, J. D. (2001). Financial problems as predictors of divorce: A social Exchange perspective. *Proceedings of the Western Region Home Management Family Economic Educators Association*, 3, 35-44.
- Andersen, J. (2005). Financial problems and divorce: Do demographic characteristics strengthen the relationship? *Journal of Divorce & Remarriage*, 43(1,2), 149-161.
- Andrews, F. & Withey, S. (1974). Developing measures of perceived life quality: results from several national averages, *Social indicators Research*, 1, 11-26.
- Arnold, S. (1991). Measurements of quality of life in the frail elderly. En: Birren, J.; Lubben, J.; Rowe, J. & Deustchman, D. (Eds). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. New York: Academic Press.
- Barrientos, L. A. & Suazo, S. V. (2007). Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalares chilenas. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 15(3):3.
- Benites, L. (2009, Julio). Buena práctica y calidad de vida en personas con autismo. Ponencia presentada en el XIV Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Psicología, Chiclayo.
- Brito, Y. & Aguilar, R. (2009). Calidad de Vida y Autoconcepto en pepenadores. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de Julio-2 de Agosto 2009 (pág. 563). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Bulnes, M. (1999). Calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 2(2), 99-113.
- Blumstein, P. & Schwartz, P. (1983). *American Couples*. New York: William Morrow.
- Cabezas, J. L., Rubio, R. & Aleixander, H. (2001). Calidad de vida y diferencias en función al sexo. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 11(4), 173-180.
- Calizaya, J. (2009, julio). *Ansiedad y afrontamiento del stress en pacientes con tuberculosis*. Ponencia presentada en el XIV Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Psicología, Chiclayo.
- Camfield, L. & Skenvington, S. (2008). Ob Subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 764-775. DOI: 10.1177/1359105308093860
- Campbell, A., Converse, P. & Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction*. New York: Russell Sage Foundation.
- Carvalho, D. V. & Lima, E. D. (2001). Síntomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. *Nursing*, 4(34), 31-34.
- Castellá, J. (2009). A Qualidade de Vida é o bem-estar nos adolescentes. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de Julio-2 de Agosto 2009 (pág. 449). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Cornejo, W. & Pérez, B. (2009, julio). *Calidad de Vida y trastorno de ansiedad generalizada en una población urbano marginal y rural de Huancayo*. Ponencia presentada en el XIV Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Psicología, Chiclayo.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Díaz, L., Palacios, J., Morinaga, T. & Mayorga, E. (2000). *Calidad de Vida y Perfiles emocionales en estudiantes universitarios de Lima*. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal. Manuscrito no publicado.
- Edwards, T., Patrick, D. & Topolski, T. (2003). Quality of Life of adolescents with disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 233-241.
- Fahey, T., Whelan, C. T. & Maître, B. (2005). First European Quality of Life Survey: Income inequalities and deprivation, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Recuperado de: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/93/en/1/ef0593en.pdf>

* mgrimaldo2001@yahoo.com

- Flehtner, H., Moller, K., Kranendonk, S., Luther, S. & Lehmkuhl, G. (2002). Subjective quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders: development and validation of a new assessment scale. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51(2), 77-91.
- Freeman, C., Carlson, J. & Sperry, L. (1993). Adlerian marital therapy strategies with middle income couples facing financial stress. *The American Journal of Family Therapy*, 21(4), 324-332.
- García, K. (2008). Niveles de Calidad de Vida en farmacodependientes de tres centros de rehabilitación terapéutica, según tiempo de internamiento de la ciudad de Lima. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Universidad de San Martín de Porres.
- García, B., Menéndez, M. & Ryan, P. (2005). Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. *Archivos de Medicina*, 1(1), 2-15.
- Gerharz, E., Eiser, C. & Woodhouse, C. (2003). Current approaches to assessing the quality of life in children and adolescents. *BJU International*, 91(2), 150-154.
- Gonçalves, L. H., Lentz, R. A., Costenaro, R. C. & Nassar, S. M. (2000). O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 8(4), 7-14.
- Grimaldo, M. (2009). Calidad de Vida y Afectos en escolares de Lima. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de Julio-2 de Agosto 2009 (pág. 445). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Hidalgo, C. (2008). *De los comportamientos de Riesgo a la Calidad de Vida de los Adolescentes. Conceptos, Instrumentos y Estudios*. Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- Hidalgo, C. (2009). La medición de la Calidad de Vida en la adolescencia: Una experiencia en la Universidad de Guadalajara. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de Julio-2 de Agosto 2009 (pág. 154). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Hidalgo, C., Rasmussen, B. & Hidalgo, A. (2009). Calidad de Vida, Percepción del peso corporal y comportamientos de riesgo alimentario en estudiantes universitarios. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de Julio-2 de Agosto 2009 (pág. 247). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Ho, W., Ching, S., Shih, Y. & Liang, R. (2009). Effects of job rotation and role stress among nurses and job satisfaction and organizational commitment. *Health Services Research*, 9, 8-9. Doi: 10.1186/1472-6963-9-8
- Inga, J. & Vara A. (2006). Factores Asociados a la Satisfacción de Vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psicológica*, 5(3), 475-486.
- Jannsen, M. (2004). The effects of leisure education on quality of life in older adults. *Therapeutic Recreation Journal*, 38(3), 275-288.
- Jörgarden, A., Wettergen, L. & Von Essen, L. (2006). Measuring health related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender and method of administration. *Health and quality of life outcomes*, 4, 91. Doi: 10.1186/1477-7525-4-91
- Kernick, D. & Reinhold, D. (2002). The prevalence and treatment of the headache sufficient to impact on the quality of life of undergraduate students entering university. *Current Medical Research and Opinion*, 18, 462-465.
- Kerkmann, B. C., Lee, T. R., Lown, J. M. & Allgood, S.M. (2000). Financial management, financial problems and marital satisfaction among recently married university students. *The Journal of the Association for Financial Counseling and Planning Education*, 11(2), 55-64
- Lawrence, F. C., Thomasson, R. H., Wozniak, P. J. & Prawitz, A. D. (1993). Factors relating to spousal financial arguments. *Financial Counseling and Planning*, 4, 85-93.
- León, R. (2009). *Validación de la Encuesta de Pensamientos Automáticos Positivos y Negativos de Poseel, Seemann & Hautzinger, y de una Escala de Bienestar Subjetivo, en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Lown, J. M. & Chandler, S. (1993). Financial problems as a contributing factor in divorce. *Proceedings of the Association for Financial Counseling and Planning Education*, 84-93.
- Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones sobre Calidad de Vida. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 18(4), 287-289
- Martínez, C. & López, G. (2005). Características del síndrome de burnout en enfermeros. *Archivos de medicina Familiar*, 7(1), 6-9.
- Max Neef, M., Elizalde, A. & Hopehayn, M. (1985). *Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro*. Santiago de Chile: Centro de Alternativas de Desarrollo.
- Meda, R., Echevarría, M., Palomera, A. & Estrada, C. (2009). Percepción de Calidad de Vida, Satisfacción con el trabajo y el estado de salud en profesores universitarios. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de Julio-2 de Agosto 2009 (pág. 563). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Molinero, L. (2002). Análisis de subgrupos y de objetivos secundarios. El problema de las comparaciones múltiples. Comparación de valores basales. Recuperado de <http://www.seh-lelha.org/pdf/subgrupos.pdf>.
- Monge, F. (2009, julio). *Afrontamiento y calidad de Vida en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital de*

- ESSALUD Cuzco*. Ponencia presentada en el XIV Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Psicología, Chiclayo.
- Olson, D. & Barnes, H. (1982). *Calidad de Vida*. Manuscrito no publicado.
- Osorio, L. & Martínez, F. (2008). Calidad de Vida de los envejecientes del Hogar SFA. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de Julio-2 de Agosto 2009 (pág. 175). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Pazos, A. (2007). *Niveles de calidad de vida en un grupo de pacientes varones con cáncer testicular de un hospital de la ciudad de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. Universidad de San Martín de Porres.
- Pratibha, K. (2009). Stress causes psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of occupational and environmental medicine*, 13, 28-32. Doi: 10.4103/0019-5278.50721.
- Preidt, R. (2009). Income Inequality Affects Quality of Life for All. Recuperado de <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=107510>
- Ramírez, M. (2000). *Significado de calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que acuden al servicio ambulatorio*. Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Rodríguez, N. & García, M. (2005). La Noción de Calidad de Vida, desde diversas perspectivas. *Revista de Investigación*, 57, 49-68.
- Sanabria-Ferrand, P., González, L. & Urrego, D. (2007). Estilos de Vida Saludables en profesionales de la salud colombianos. Estudio Exploratorio. *Revista Médica*, 15 (2), 207-217.
- Samkoff, J.S. & Jacques, C.H. (1991). A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on resident's performance. *Academic Medicine*, 66, 687-693.
- Séhlen, S., Vordermark, D., Schäfer, C., Herschbach, P., Bayerl, A., Pigorsch, S. & Geintiz, H. (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists workers in radiotherapy: A multicenter analysis by the DEBRO Quality of life work group. *Radiation Oncology*, 17, 4-6. Doi: 10.1186/1748-717X4-6.
- Simeoni, M., Sapín, C., Antoniotti, S. & Auquier, P. (2001). Health-related quality of life reported by French adolescents: a predictive approach of health status?. *Journal of Adolescents Health*, 28, 288-294.
- Swallen, K., Reither, M., Haas, S. & Meier, A. (2005). Overweigh, Obesity and Health – Related Quality of Life Among Adolescents: The national longitudinal Study of Adolescents Health. *Pediatrics*, 115, 2.
- Sveinsdottir, H., Biering, P. & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction and working environment icelandic nurses: A cross-selection questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 875-889.
- Tavallaii, S.A., Einollahi, B., Farahani, M.A. & Namdari, M. (2009). Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety and depression in Kidney Transplant Recipients. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 3 (1), 40-44.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social. Scientific of. Medicine*, 41, 1403-1409.
- Victoria, C., González, M., Fernández, J. & Ruiz, V. (2005). Calidad de Vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8, (3). Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- White, L.K. (1990). Determinants of divorce: A review of research in the eighties. *Journal of Marriage & the Family*, 52, 904-912.
- Zaera, E. & Aguilar, N. (2009). Placer Sensorial y Calidad de Vida. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de Julio-2 de Agosto 2009 (pág. 335). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.