

## Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima<sup>1</sup>

Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo<sup>2</sup>

Instituto de Investigación - Escuela de Psicología  
Universidad de San Martín de Porres, Lima (Perú)

Recibido: 06/04/2010

Aceptado: 03/09/2010

### Resumen

**Objetivo.** Determinar la relación entre los dominios de bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, pareja, vida familiar, ocio, medios de comunicación, religión y calidad de vida y tres factores del estilo de vida saludable (actividad deportiva, consumo de alimentos y sueño y reposo) en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud de la ciudad de Lima, Perú. **Método.** Diseño descriptivo-correlacional conducido con 198 profesionales de la salud, estudiantes de maestría y doctorado. Los instrumentos aplicados fueron una escala de calidad de vida y un cuestionario de estilo de vida saludable. **Resultados.** No se encontró correlación entre calidad de vida y actividad deportiva. Se halló correlación entre calidad de vida del dominio salud y consumo de alimentos en el grupo de edad más joven. Se observaron correlaciones moderadas entre algunos dominios de la calidad de vida (amigos, vida familiar, ocio y religión) y sueño y reposo, principalmente en el grupo que recibe entre USD719 y USD1436. Respecto al dominio vecindario, las correlaciones moderadas se hallaron en el grupo de los que ganan hasta USD 718 y en los profesionales no médicos. **Conclusión.** Los hallazgos del estudio muestran que existe una estrecha relación entre sueño y calidad de vida, aunque hay necesidad de continuar investigando en otros grupos muestrales.

**Palabras clave.** Calidad de vida, estilo de vida, Psicología de la Salud, personal de salud.

### Abstract

**Objective.** To determine the relationship among the areas of financial welfare, friendships, neighbourhood and community, couple, family life, leisure, communication media, religion and quality of life and three factors of a healthy life style (sports, food consumption and sleep and rest) in Health Sciences students in the city of Lima, Perú. **Method.** Descriptive, correlational design carried out with 198 health professionals, Master's and Doctorate students. The instruments used were the Olson and Barnes Quality of Life Scale (1982) and a Healthy Life-Style Questionnaire especially designed for this study. **Results.** No correlation was found between the quality of life and sporting activity. A positive correlation was found between health and eating habits in the youngest age group. Moderate correlations were observed between some areas of the quality of life (friends, family life, leisure and religion) and sleep and rest in the groups receiving between USD719 and USD1436. With respect to the neighbourhood, moderate correlations were found in the group which earned

<sup>1</sup> Artículo de investigación derivado del estudio "Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima" conducido en el Instituto de Investigación de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres, Lima (Perú)

<sup>2</sup> Correspondencia: [mgrimaldo2001@yahoo.com](mailto:mgrimaldo2001@yahoo.com)

up to USD 718 and non-medical professionals. **Conclusion.** The findings of the study show that there is a close relationship between sleep and quality of life, although further research is necessary with other sample groups.

**Keywords.** Quality of life, life style, psychology of health, health personnel.

### Resumo

**Escopo.** Determinar a relação entre os domínios de bem-estar econômico, amigos, bairro e comunidade, casal, vida familiar, ócio, meios de comunicação, religião e qualidade de vida e três fatores de vida saudável (atividade esportiva, consumo de alimentos, sono e repouso) em estudantes de pós-graduação das Ciências da Saúde da cidade de Lima, Peru. **Metodologia.** Desenho descritivo- correlacional conduzido com 198 profissionais da saúde, estudantes do mestrado e doutorado. Os instrumentos aplicados foram da Escala de Qualidade de Vida de Olson e Barnes (1982) e um questionário de estilo de vida saudável, desenhado especialmente para o presente estudo. **Resultados.** Não se achou correlação entre qualidade de vida e atividade esportiva. Foi encontrada uma correlação entre qualidade de vida do domínio saúde e consumo de alimentos no grupo de idade mais jovem. Foram observadas correlações moderadas entre alguns domínios de qualidade de vida (amigos, vida familiar, ócio, religião, sono e repouso), principalmente no grupo que recebe entre USD 719 E USD 1436. Em consideração ao domínio bairro, as correlações moderadas foram encontradas no grupo dos que ganham até USD 718 e nos profissionais que ganham até USD 718 e nos profissionais não médicos. **Conclusão.** Os descobrimentos do estudo mostram que existe uma relação estreita entre sono e qualidade de vida, ainda há necessidade de continuar pesquisando em outros grupos de amostra.

**Palavras chave.** Qualidade de vida, estilo de vida, psicologia da saúde, pessoal de saúde.

### Introducción

La calidad y el estilo de vida son dos términos que se encuentran asociados; es así como la mejora de la calidad de vida de las personas podría ser posible a través de la adopción de un estilo de vida saludable. Sin embargo, a pesar del paso de los años, aún se observa la ausencia de un consenso en torno a este constructo (Camfield y Skenvington, 2008; Hidalgo, 2008; Hidalgo, Rasmussen y Hidalgo, 2009; León, 2009; Ranzijn, 2002, citado en Inga y Vara, 2006; Rodríguez y García, 2005).

Así, algunos investigadores conciben la calidad de vida como un concepto unidimensional; mientras que otros se ubican en el otro extremo, considerando como la existencia de diversos 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 (Inga y Vara, 2006, p. 475).

En el grupo de autores que conciben a la calidad de vida a partir de un concepto multidimensional encontramos a Bergland y Nahum (2007), Camfield y Skenvington (2008), Castro (2001), Janssen (2004), Olson y Barnes (1982), Victoria, González,

Fernández y Ruiz (2005), entre otros autores. En esta misma línea se encuentra la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, [OMS] (citado en The World Health Organization Quality of Life Assessment [Whoqol], 1995), la cual plantea que la calidad de vida es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, según 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 general, se puede señalar que el concepto posee aspectos subjetivos y objetivos e incluye, como subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud. Como aspectos objetivos, considera el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003, p.163).

La primera propuesta hace mención a un nivel psicológico social, en donde se ubica el trabajo de la Psicología Social de la Salud y en donde se posiciona el presente estudio y que sólo se puede evaluar a partir de los interesados (Cardona y Agudelo, 2005). La segunda propuesta hace referencia a un nivel material, estudiado principalmente por la

economía. Existe también una tercera, conciliadora que propone que la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre los factores subjetivos y objetivos; los primeros se refieren a los condicionantes externos (económicos, socio políticos, culturales y ambientales) y los segundos están determinados por la valoración que la persona realiza sobre su propia vida (psicológicos) (Cabrera, Agostini, Victoria y López, 1998).

La calidad de vida es un concepto que se ve afectado de manera compleja por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su relación con las características del entorno (Whoqol, 1995). Posteriormente, se añade un sexto dominio relacionado a la espiritualidad, religiosidad y las creencias personales (Camfield y Skenvington, 2008).

Al hablar de calidad de vida, surge el concepto de satisfacción con la vida. Al respecto, Camfield y Skenvington (2008) señalan que sobre la evidencia disponible encuentran que ambos conceptos son prácticamente sinónimos. De esta manera, expertos internacionales han redefinido recientemente el bienestar subjetivo como “un término general referido a las valoraciones que la persona hace sobre su vida, los acontecimientos que le suceden y las circunstancias en las que vive” (Diener, 2006, p. 400). En ésta se muestra una gran similitud con el concepto de calidad de vida propuesto por Whoqol en 1995, al reconocer la importancia de los juicios de valor, mediante la inclusión de las circunstancias en las que viven las personas. Lo anterior, pone de relieve que la nueva definición de bienestar subjetivo está más cerca que nunca a la definición de la calidad de vida publicada hace más de diez años por el Grupo Whoqol. Además de ello, la calidad de vida contiene un elemento sustancial como es el estilo de vida; siendo por lo tanto, un elemento subordinado en estos dos conceptos. De tal modo que hay necesidad de contar con un mayor número de investigaciones en este campo, a fin de que se puedan ir perfilando ambos conceptos.

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 es considerar 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 la vivienda, educación,

empleo, religión, entre otras. Dentro de esta línea existen diversos estudios de calidad de vida que establecen la relación entre la satisfacción individual y los dominios específicos (Andrews y Whitney, 1974; Campbell, Converse y Rodger, 1976). Así, la manera como cada persona logra satisfacer estos dominios constituye un juicio individual y subjetivo sobre la forma cómo satisface sus necesidades y logra sus intereses en el ambiente. Dallimore y Mickel (2006) concluyen que la definición de la calidad de vida incluye cuestiones y asuntos que impactan en la percepción de la persona; por ello, adopta distintos significados según la percepción, contexto y escala de valores (Cardona, Agudelo y Segura, 2008). “El ser humano interpreta su calidad de vida desde un determinado universo de símbolos, representaciones y creencias enmarcados en contextos y tiempos determinados que no permiten generalización, pues responden al significado cultural de cada uno” (Lugones, 2002, p. 288).

Según García (2008), Olson y Barnes definen 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 en 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 con las dimensiones de su ambiente.

Respecto al estilo de vida saludable, Infiesta, Bimella, Garrucho y March (2004) lo definen como el conjunto de pautas de conductas que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana mejoran la calidad de vida; por lo tanto, se relaciona directamente con las creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedad (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Reynoso y Seligson, 2005; Rodríguez-Marín, 1995). Según Maya (2001): “no es posible hacer referencia al estilo de vida, sin realizar un listado de comportamientos individuales y colectivos que definan el qué hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de como se viven” (Maya, 2001, parra. 1). El estilo de vida puede ir cambiando, aunque cuenta con la estabilidad propia de los hábitos o las costumbres, es móvil y dinámico, pues está influido por el

ambiente, las experiencias y las decisiones de las personas (Fernández del Valle, 1996; García et al., 2009; Trujillo, Tovar y Lozano, 2004).

Montes de Oca y Mendocilla (2005) plantean que cuando los estilos de vida, entendidos como las formas de vivir, las pautas de conductas de las personas y los grupos contribuyen a la promoción y, principalmente, a la protección tanto de la salud física, como de la mental de las personas, entonces se estará haciendo referencia a los estilos de vida saludables; es decir, nos referimos a “comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción, una correcta distribución del tiempo, entre otros” (Vives, 2007, p. 2). Según el Ministerio de Educación del Perú (2005), de acuerdo al Glosario de Promoción de Estilos de Vida Saludables, elaborado por Don Nutbeam, por encargo de la OMS, el término estilo de vida saludable se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socio culturales y características personales. Es así como la presente investigación abordará el estilo de vida saludable como el conjunto de pautas de conductas determinadas socio culturalmente y aprendidas en el proceso de socialización; que contribuyen a la promoción y protección de la salud integral de una persona; considerando las siguientes áreas: actividades deportivas, consumo de alimentos y sueño y reposo.

Respecto a la relación entre ambos constructos, diversos estudios han demostrado que los cambios en el estilo de vida de la sociedad contemporánea, tales como la disminución de la actividad física, aumento de peso y el consumo exacerbado de bebidas alcohólicas, se asocian con enfermedades crónico-degenerativas y una calidad de vida pobre en los adultos (Brown et al., 2003; Chen, Sekine, Hamanishi, Yamagami y Kagamimori, 2005; Huang, Frangakis y Wu, 2006; Organização Panamericana da Saúde [OPS], 2003; Wang, Sekine, Chen, Yamagami y Kagamimori, 2008). En esa línea de trabajo, Bazargan, Makar, Bazargan-Hejazi y Wolf (2009) encontraron, en un estudio realizado con 1875 médicos que ejercen en California, que un número excesivo de horas de trabajo (más de sesenta y cinco horas por semana) se asoció con la falta de ejercicio, no tomar el desayuno y dormir menos de seis horas por noche. Asimismo, de forma

específica, en un estudio realizado por Takahashi et al. (2008) con 775 cuidadores de hogares de ancianos, con una edad media de 33,6 años, hallaron que los horarios de trabajo afectan al sueño; también observaron un riesgo en el estilo de vida y la calidad de vida significativamente mayores en los cuidadores que realizaban más turnos. En cuanto al ejercicio físico, Rojas, Schilcht y Hautzinger (2003) hallaron correlaciones entre la práctica deportiva y la calidad de vida, bienestar subjetivo y estrategias de inmunidad. De esta manera, cuanto más actividad física realiza una persona, menores serán los síntomas físicos y psicológicos que manifieste (Remor y Pérez-Llantada, 2007).

Considerando los planteamientos anteriores, el objetivo general de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre las dimensiones de bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud de la calidad de vida y el estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud en relación con el sexo, edad, ingreso económico y profesión. Este objetivo cobró mayor importancia por tratarse de una población que conoce las consecuencias de tener un estilo de vida alejado de la salud. Al respecto, algunos autores han demostrado que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables y tener éxito en el seguimiento de sus recomendaciones; contrario a aquéllos que tienen hábitos no saludables, ya que tienden a practicar una medicina curativa en lugar de preventiva, y que probablemente son poco escuchados por sus pacientes cuando les recomiendan comportamientos que evidentemente ellos tampoco practican (Sanabria-Ferrand, Gonzáles y Urrego, 2007, p. 208).

Los temas del estilo de vida saludable y el de calidad de vida resultan cruciales, cuando se trata de profesionales de la salud, pues la influencia sobre la salud pública es doble: “ya que además de impactar a un grupo en particular, la calidad y el estilo de vida recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos” (Sanabria-Ferrand et al., 2007, p. 208). En este estudio se consideraron algunas variables demográficas, en la medida que se han encontrado, por ejemplo, en el caso del ingreso económico, que los altos ingresos pueden proteger a las personas de situaciones que pudieran comprometer su

homeostasis (Ahuvia y Friedman, 1998). En la medida que la calidad de vida se organiza a partir de las experiencias personales, es posible que el sexo, la edad y la profesión también influyan en ella.

A partir de este estudio, será posible desarrollar programas de sensibilización o concientización, orientados a mejorar el estilo de vida saludable, y por lo tanto, de su calidad de vida; de allí la relevancia del mismo a nivel social. Intervenir en el estilo de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Sanabria-Ferrand et al., 2007).

### Método

*Diseño.* Se realizó un estudio cuantitativo con un diseño descriptivo-correlacional.

*Participantes.* La población estuvo conformada por los estudiantes de segundo año (cuarto ciclo) de una escuela de posgrado de la ciudad de Lima; los cuales ascendían a un total de 409 alumnos matriculados en las maestrías y doctorados de Ciencias de la Salud. Se eligieron a los alumnos del

último año, ya que se asumió que ellos tenían un mayor conocimiento acerca de la importancia del estilo de vida saludable.

La muestra fue probabilística y la técnica de muestreo utilizada fue la de asignación proporcional. Posteriormente, se realizó el muestreo estratificado, quedando conformada por 198 participantes. En la Tabla 1, se observa, con relación al sexo, que hay un mayor porcentaje de mujeres. Asimismo, se trata principalmente de una muestra conformada por médicos y enfermeras. Respecto a la edad, el mayor porcentaje tiene entre 31 a 40 años, y en cuanto al estado civil, la mayoría es casada. Dentro de los criterios de inclusión, se consideraron dos aspectos: que en el momento de la aplicación de los instrumentos estuviera laborando y que su participación sea voluntaria.

La Escuela de Posgrado 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. De la misma manera, por tratarse de una institución que albergaba a la mayor cantidad de estudiantes de posgrado en el Perú.

Tabla 1. Características demográficas de los participantes (n=198)

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	F	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	145	73,2
Masculino	53	26,8
<b>Profesión</b>		
Medicina	73	37,4
Enfermería	39	19,7
Odontología	14	7,1
Psicología	28	14,1
Obstetricia	13	6,6
Tecnología édica	11	5,6
Educación	4	2,0
Otros	15	7,6
<b>Edad</b>		
Hasta 30	43	21,7
31-40	79	39,9
41 a más	76	38,4
<b>Estado civil</b>		
Soltero	84	42,4
Casado	99	50
Conviviente	8	4
Viudo	7	3,5

## Instrumentos

*Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982).* Este instrumento fue seleccionado por ser el más utilizado en Lima, Perú (Anicama, Mayorga y Henostroza, 2001, Cornejo y Pérez, 2009; Díaz, Palacios, Morinaga y Mayorga, 2000; García, 2008; Grimaldo, 2003; Grimaldo, 2009). Fue adaptado para el presente estudio debido a las características de la muestra. Por ello, se amplió el número de ítems a 72. El objetivo del presente instrumento fue identificar los niveles de calidad de vida en diversos dominios.

Esta escala 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). Luego, se trabaja con las puntuaciones directas obtenidas; finalmente, dichas puntuaciones se convierten en centiles por medio de los baremos correspondientes. Su administración puede ser individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de aproximadamente 25 minutos. Las dimensiones que evalúa son las siguientes: bienestar económico; amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y hogar, pareja, ocio, medios de comunicación, religión y salud.

Respecto a las propiedades psicométricas, para el presente estudio, la Escala fue sometida a validez de contenido mediante el método de criterio de jueces, para lo cual se utilizó el Coeficiente V. de Aiken. con relación a la validez de constructo, se eligió el método de extracción de ejes principales. Para evaluar si se podía efectuar un análisis factorial sobre los ítems de calidad de vida, se empleó la medida de Kaiser-Meyer-Olkin de Adecuabilidad de la Muestra. Allí se apreció que el valor obtenido fue 0,822, lo cual sugirió 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. En cuanto al método de rotación, se eligió el Método Rotacional Promax. 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.

Luego de aplicar el análisis factorial, se sugieren nueve factores extraídos, los cuales confirman la

estructura teórica del instrumento En el caso de la confiabilidad, se trabajó a partir del coeficiente Alfa de Cronbach (1951), para la muestra total, en donde se obtuvo ,95; para la muestra de varones se alcanzó un 0,95 y para las mujeres 0,94. Se presenta un ejemplar del instrumento en el Anexo 1.

### *Cuestionario de Estilo de Vida Saludable.*

El objetivo del instrumento es identificar los hábitos y conductas que demuestran un estilo de vida saludable. Las dimensiones que evalúa son: actividades deportivas, consumo de alimentos y sueño y reposo; y está dirigido a personal de salud. Es una prueba de lápiz y papel, y la mayoría de los reactivos se presentan en formato de tabla para ser respondidos a partir de alternativas de selección múltiple. En cuanto a las alternativas, en las respuestas referidas a la frecuencia se consideran los siguientes criterios: siempre (todos los días), casi siempre (tres a seis veces por semana), a veces (una o dos veces por semana), casi nunca (una a tres veces al mes) y nunca. La administración puede ser individual o colectiva y el tiempo de aplicación es de aproximadamente 15 minutos.

Respecto a los criterios psicométricos, cuenta con validez de contenido, para lo cual se utilizó el criterio de jueces a partir de la V de Aiken. De la misma manera, se trabajó la validez de constructo, a partir del Análisis Factorial Exploratorio; fue en este proceso en que algunas áreas, consideradas en el proceso de construcción, fueron eliminadas, tales como actividades lúdicas y afectos negativos, razón por la cual el cuestionario quedó conformado por los dominios que se presentan a continuación. Se empleó el método de factorización de Análisis de Componentes Principales, y en cuanto al método de Rotación, se eligió el de Oblimin, ya que se trataba de variables relacionadas. Al aplicar el análisis factorial se confirmó que existían tres factores que explicaban el 61,46% de la varianza de los ítems, lo cual significa que estos factores alcanzan a explicar, con algún grado de significación conceptual, las correlaciones entre los ítems. En un primer factor se incluyeron los ítems de Factor 1 (dimensión de actividades deportivas), en donde se ubicaron los ítems de los deportes individuales, colectivos y de pareja, de combate y los deportes al aire libre; en el Factor 2 (dimensión descanso) se determinaron los ítems correspondientes a sueño y reposo, y en el Factor 3 (dimensión consumo de alimentos) se hallaron los ítems que se orientaban al consumo de alimentos

con bajo número de calorías y los de alto número de calorías. En cuanto a la matriz de correlación interfactorial, se utilizó la correlación de Pearson y se obtuvieron correlaciones desde un nivel prácticamente cero (-0,03) hasta un nivel de 0,20. Estas magnitudes sugieren una independencia entre los factores, los cuales miden aspectos distintos de los estilos de vida tal como han sido definidos por el instrumento. La confiabilidad se obtuvo a partir del coeficiente Alfa de Cronbach para la muestra total (0,76), para la muestra de varones (0,78) y para la muestra de mujeres (0,75). Se incluye un ejemplar del cuestionario en el Anexo 2.

*Procedimiento.* Inicialmente, se realizaron las coordinaciones necesarias con las autoridades de la Escuela de Posgrado, para solicitar el permiso respectivo. A continuación, se llevó a cabo el estudio piloto con un grupo de veinte estudiantes. Para ello, se aplicaron los instrumentos con el fin de probar la inteligibilidad de los mismos. 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. Finalmente, se administraron los instrumentos siguiendo los procedimientos estandarizados para la administración grupal de pruebas de auto-reporte, durante las primeras horas de la clase, para controlar la interferencia de la fatiga. La aplicación tuvo una duración aproximada de 50 minutos, la misma que fue voluntaria y colectiva. Se resguardó el anonimato, la privacidad y la confidencialidad de los participantes. El consentimiento informado se obtuvo mediante una consulta por escrito, firmando y fechando el formulario en calidad de aceptación. Se utilizó un lenguaje comprensible, para explicar los objetivos y finalidad de la investigación; así como la participación que se requería. Se les informó que tenían libertad para declinar su participación o interrumpir la misma en cualquier momento de la administración de los instrumentos; respetando así el principio de autonomía de los participantes. De la misma manera, verbalmente, se les indicó acerca de la duración prevista de la participación y se les brindó la oportunidad de formular todas las preguntas posibles acerca de su intervención. Luego de la aceptación voluntaria, se dio inicio a la administración de los instrumentos psicológicos,

los cuales fueron administrados por la autora del estudio. Al respecto, se siguieron los principios del Título XI, Actividades de Investigación y el artículo 20 del Título IV, Confidencialidad estipulados por el Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano, aprobado por el Colegio de Psicólogos del Perú (1981).

*Análisis de datos.* Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 17,0 en español. Para determinar de la correlación se utilizó la de producto-momento de Pearson, y se aplicó la corrección Bonferroni para establecer el nivel de significancia mínimo para rechazar la hipótesis nula, cuyo objetivo es no aumentar la probabilidad global de hallar resultados sólo por el hecho de efectuar muchos análisis en diferentes variables obtenidas en nuestra muestra (Molinero, 2002).

## Resultados

En la Tabla 2 se observa que todos los grupos muestrales se ubicaron en la categoría de nivel óptimo de calidad de vida, al igual que en el caso del estilo de vida saludable, en donde se aprecia que los tres dominios se ubican en un nivel favorable. Sin embargo, las medias más bajas de los dominios de calidad de vida se observan en los profesionales de la salud que tienen menores ingresos (bienestar económico, amigos, vida familiar, pareja y salud). Asimismo, en el grupo de los médicos se observan las medias más bajas en los dominios de vecindario y comunidad, ocio y medios de comunicación.

Tabla 2. Estadística descriptiva para los dominios de calidad de vida y estilo de vida saludable

Dominios de la calidad de vida	Muestra Total		Sexo						Edad						Ingreso económico						Profesiones					
			Varones			Mujeres			Hasta 30 años		31 a 40 años		Más de 40 años		Hasta \$718		\$719 hasta \$1436		Más de \$1436		Médicos		Otras profesiones			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Bienestar económico	28,7	7,7	30,5	7,1	28,2	7,8	26,7	8,1	29,5	7,5	29,1	7,5	25,9	2,2	31,3	7,0	33,5	6,7	29,1	6,7	28,5	8,2				
Amigos	22,5	4,8	22,7	4,7	22,7	5,0	22,0	4,3	23,0	5,2	22,3	4,9	21,7	5,3	23,0	4,3	24,3	4,3	22,1	4,9	22,7	4,9				
Vecindario y comunidad	19,7	5,2	19,9	5,5	19,9	5,1	19,5	5,1	19,8	5,4	19,7	5,3	19,1	5,6	19,8	4,6	21,6	4,8	18,9	5,1	20,2	5,3				
Vida familiar	42,4	7,7	42,4	8,1	42,4	7,6	41,6	8,0	42,2	8,5	43,0	6,6	41,3	7,9	43,5	7,7	43,7	6,5	42,7	6,4	42,2	8,4				
Pareja	22,3	5,9	22,2	5,8	22,2	6,0	21,5	7,0	22,2	6,1	23,0	5,7	21,1	6,7	23,8	4,7	23,8	4,1	22,7	5,7	22,2	6,1				
Ocio	13,2	4,8	13,0	4,9	13,0	4,7	13,0	5,4	12,8	5,0	13,7	4,1	12,7	4,9	13,4	4,7	14,6	4,5	12,4	5,0	13,7	4,6				
Medios de comunic.	52,0	11,7	51,2	10,9	52,5	12,0	52,1	11,8	52,6	13,1	51,7	10,1	50,8	12,2	53,5	10,4	54,2	12,4	50,2	10,7	53,3	12,0				
Religión	23,0	6,1	22,4	6,8	23,3	5,8	23,6	6,0	22,4	5,5	23,4	6,6	22,7	6,1	23,4	5,6	23,3	7,0	22,6	6,1	23,3	6,1				
Salud	14,2	3,1	14,6	2,6	13,8	3,2	13,5	3,5	13,9	3,0	14,4	2,9	13,7	3,2	14,3	2,9	14,5	3,0	13,9	3,1	14,1	3,1				
Estilo de vida saludable	50,0	9,9	50,8	10,3	49,9	9,8	52,2	14,7	50,0	9,7	48,0	5,4	50,5	10,8	49,4	7,2	50,7	11,8	49,5	8,7	50,5	10,5				
Actividad deportiva	50,0	9,9	48,2	11,6	50,6	9,2	50,0	9,5	50,0	10,7	49,3	9,2	50,0	9,8	50,7	9,4	48,6	11,8	49,7	10,3	50,1	9,8				
Consumo de alimentos	50,0	10	51,5	9,2	49,5	10,2	49,7	9,7	48,4	9,8	51,9	10,1	49,3	10,8	50,4	9,2	51,8	8,6	49,3	9,6	50,1	10,2				



Respecto al análisis correlacional, se encontró que no existe correlación entre el puntaje total de calidad de vida y la actividad física y deportiva en función a las variables sociodemográficas.

En cuanto a la relación entre la calidad de vida total y consumo de alimentos, sólo existe una correlación moderada en el grupo más joven. De tal manera, que al continuar con el análisis y calcular la correlación entre las distintas dimensiones de la calidad de vida se obtuvo una de 0,530 (alta) para el dominio salud.

Respecto a la relación entre los dominios de la calidad de vida y sueño y reposo, en la Tabla 3

se aprecia que existe una correlación alta entre el dominio amigos y sueño y reposo, en los que tienen entre treinta y uno a cuarenta años. De la misma manera, existe una correlación moderada entre el dominio ocio y sueño y reposo, en las mujeres y en los que tienen entre treinta y uno a cuarenta años. Se aprecia también una correlación alta en los que tienen hasta treinta años, en el dominio antes mencionado. Igualmente, en el dominio religión la correlación moderada se presenta en los que tienen entre treinta y uno a cuarenta años de edad.

Tabla 3. Valores de los coeficientes de correlación de Pearson entre los dominios de la calidad de vida y sueño y reposo, según sexo y edad

Dominios de calidad de vida	Muestra total	Sexo		Edad		
		Varones	Mujeres	Hasta 30 años	31 a 40 años	Más de 40 años
Calidad de vida total	0.35**	0.27*	0.39**	0.13	0.50**	0.31**
Bienestar económico	,136	,023	,158	-,105	,302	,115
Amigos	,252**	,214	,271**	,016	,531**	,101
Vecindario y comunidad	,206**	,239	,203	-,190	,389	,229
Vida familiar	,297**	,326	,290**	,173	,449	,176
Pareja	,285**	,233	,297**	,139	,355	,297
Medios de comunicación	,194**	,173	,207	,087	,219	,255
Religión	,214**	,144	,252**	,026	,386**	,146
Salud	,235**	,158	,246**	,077	,293	,256
Ocio	0.31**	0.13	0.37**	0.50**	0.30*	0.20*

\*\* p < 0.006, por corrección Bonferroni

En la Tabla 4, se observan correlaciones moderadas entre algunos dominios de la calidad de vida (amigos, vida familiar, ocio y religión) y sueño y reposo, principalmente en el grupo que percibe

entre \$719 a \$1.436 dólares americanos. Respecto al dominio vecindario, las correlaciones moderadas se hallaron en el grupo de los que ganan hasta \$718 dólares y en los profesionales no médicos.

Tabla 4. Valores de los coeficientes de correlación de Pearson entre los dominios de la calidad de vida y sueño y reposo, según ingreso económico y profesiones

Dominios de calidad de vida	Ingreso económico (USD)			Profesiones	
	Hasta \$718	\$719 hasta \$1436	Más de \$1436	Médicos	Otras profesiones
Calidad de vida total	.40**	0.42**	0.02	0.31**	0.38**
Bienestar económico	,118	,196	-,115	,183	,119
Amigos	,295**	,099	,270	,213	,270**
Vecindario y comunidad	,192	,362**	-,166	,271	,163
Vida familiar	,327**	,300	,060	,126	,376**
Pareja	,258	,449**	-,033	,329**	,267**
Medios de comunicación	,248	,107	,063	,150	,207
Religión	,174	,351**	,114	,163	,239
Salud	,271**	,250*	-,029	,300	,197
Ocio	0.39*	0.31*	-0.13	0.24	0.35**

\*\* p < 0.006, por corrección Bonferroni

## Discusión

En este estudio, las medias más bajas en los dominios de calidad de vida (bienestar económico, amigos, vida familiar pareja y salud), se ubicaron en los profesionales de la salud que tienen menores ingresos (hasta USD718). Esto probablemente se deba a la remuneración que reciben frente a las responsabilidades que tienen que enfrentar. De igual forma, el ingreso económico influye en el grado de satisfacción con la familia y la pareja; es probable que ello esté generando dificultades que interfieren en las relaciones familiares. Según García (s.f.), la economía afecta a todos los aspectos de la vida, y por lo tanto, también a la relación amorosa y familiar, e influye en la toma de decisiones; ya que quien tiene el dinero es quien decide (Flores, Díaz Loving, Rivera y Chi, 2005, Rivera, Díaz Loving, Cruz y Vidal, 2004). Estos resultados se relacionan con los hallazgos de la Encuesta PayPal, titulada "Can't buy me love (No me puedes comprar amor)", realizado en Australia, Canadá, Italia, México,

Países Bajos, Reino Unido y Estados Unidos; en donde se encontró que el 14% de los entrevistados señaló haber terminado una relación de pareja y familiar por problemas financieros. Asimismo, seis de cada diez parejas informaron que mantienen cuentas bancarias separadas tanto en México como en Estados Unidos. Según el estudio, el 34% de los encuestados opinó que el dinero es la causa principal de conflictos entre las pareja, seguido de asuntos de familia, política, así como cuestiones laborales con 30%, cada uno (El Universal, Marzo 18, 2009).

Otro grupo que coincide en obtener las medias más bajas corresponde a los médicos, en los dominios de vecindario y comunidad, ocio y medios de comunicación. En el caso del primer dominio, antes mencionado, es probable que la situación de violencia que atravesamos actualmente en Lima esté afectando su grado de satisfacción, tal como lo muestra un estudio realizado por la Policía Nacional del Perú (2008), respecto a la inseguridad ciudadana que se da en Lima Metropolitana y el

Callao, como consecuencia del incremento del accionar del pandillaje, encontró que los principales delitos que se presentan son contra el patrimonio y contra el libre tránsito. Respecto a los medios de comunicación, estos datos reflejan de alguna manera la calidad de los mismos y coinciden con algunos resultados encontrados por la Pontificia Universidad Católica del Perú (2007), al hallar que la población encuestada en Lima consideraba que el contenido de las noticias que se ofrecían en la televisión era regular (43%), al igual que en el caso de los periódicos (53%). Indicaron también que los medios satisfacían sólo parcialmente los intereses y las necesidades de la población (49%), frente a otro grupo igualmente mayoritario que abiertamente confiesa no sentirse satisfecha (49%) (Pontificia Universidad Católica del Perú, 2007).

Por otro lado, inicialmente, se consideró que era probable encontrar una correlación entre la calidad de vida y el estilo de vida saludable, medida a partir de la práctica de la actividad deportiva, consumo de alimentos y sueño y reposo. Sin embargo, en la población de estudio sólo existe un mayor número de correlaciones entre algunos dominios de la calidad de vida y el sueño.

En cuanto a la correlación moderada entre calidad de vida y consumo de alimentos en el grupo más joven se justifica considerando la edad; pues son los más jóvenes quienes advierten acerca de la importancia que tiene el consumo de determinados alimentos para la salud y presentan una satisfacción con su calidad de vida en torno a su salud física y psicológica. Probablemente consideren que una alimentación sana y equilibrada es un aspecto fundamental sobre la que se sustenta la salud. Diversos autores (Frank, 2004; Rahtz y Szykman, 2008; Sanabria-Ferrand et al., 2007) señalan que las personas que tienen mayores niveles de conocimiento de la salud se darán cuenta de que sus acciones tendrán un impacto directo en su estado de salud, y se preocuparán por conocer las medidas que necesitan personalmente para mantenerse saludables.

En cuanto a la relación entre calidad de vida y sueño y reposo, se evidenció que existe una correlación moderada en la dimensión de ocio en el grupo de mujeres; para quienes probablemente realizar actividades en su tiempo libre les facilita el hecho de dormir bien. Según Ruiz, Sánchez y Valero (2009), para la mayoría de mujeres que realizan una actividad laboral, sea asalariada o por cuenta propia, el trabajo doméstico supone un

“doble trabajo”; frente a ello, el tener un tiempo disponible para realizar actividades placenteras resulta importante.

Se ha encontrado también una correlación moderada en el dominio amigos, los que tienen entre 30 y 40 años de edad; es decir, duermen bien y se sienten satisfechos con los amigos que tienen. Según Ericsson (1985), esta es una etapa en donde se responde a la crisis generatividad frente al estancamiento. Respecto a la generatividad, se encuentra relacionada con la necesidad de trascender, de buscar el reconocimiento social, no sólo por parte de la siguiente generación y de su familia, sino también de los amigos. De esta manera, probablemente estén logrando satisfacer sus necesidades afectivas y sociales, mediante el establecimiento de relaciones amicales. De la misma manera, en torno a la religión, la persona empieza a reorientar sus metas y se observa un creciente interés por lograrlas.

Respecto al dominio vecindario, se ha encontrado una correlación moderada en los que ganan de USD719 a USD1436 dólares y en otros profesionales, lo cual se podría explicar por las características del lugar donde viven. Aspectos que hacen posible que viva plácidamente y, por lo tanto, duerman y reposen con satisfacción. Otra correlación moderada se observó en calidad de vida familiar y sueño y reposo en los que ganan entre USD719 a USD1436 dólares en los dominios amigos, vida familiar, ocio y religión. Es probable, tal como lo señala Coon (2004), que el grupo de adultos esté realizando esfuerzos por alcanzar logros a partir de sus competencias personales, con el objetivo de lograr satisfacer las necesidades y expectativas de su familia.

Como se observó, la calidad de vida correlacionó con sueño y reposo; tal como lo han encontrado también en otros estudios (Benca, Obermeyer, Thisted y Gillin, 1992; Miró, Láñez y Cano, 2002); aunque, considerando las características de la profesión que tiene la mayoría de los participantes, es conveniente que realmente logren satisfacer esta necesidad prioritaria, ya que ello influye en la satisfacción que tienen en las diversas áreas de su vida. Al respecto, otros estudios han demostrado los efectos negativos que sobre la salud tiene la restricción de las horas de sueño nocturno (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2002; Splegel, Leproult y Van Cauter, 1999). Ahora bien, debido a la actividad laboral que desempeña este grupo de profesionales ha tenido que adaptar sus

horarios, lo cual, tal como lo señala Carskadon (2004), altera su calidad de vida con relación a la salud. Al respecto se ha encontrado, por ejemplo, que el trabajo a turnos, y particularmente el turno de noche, ejerce un poderoso impacto sobre la salud, seguridad y bienestar social de las personas (Costa, 2003; Harrington, 1994; Kilpatrick y Lavoie-Tremblay, 2006). En este caso, se trata de profesionales de la salud que por las exigencias del trabajo tienen que realizar guardias. Es así como, en estudios realizados con residentes, han encontrado que las guardias van en detrimento de la calidad de vida, por la disminución de horas de sueño (Bailit, Weisberger y Knotek, 2005; sobre todo cuando el residente se ve obligado a continuar su jornada laboral, luego de asistencia continuada (Halbach, Spann y Egan, 2003; Howard, Gaba, Rosekind y Zarcone, 2002). De esta manera, Fernández et al. (2007) han encontrado que las guardias realizadas en los servicios de urgencia influyen en la generación del estrés, y es justamente en estos ambientes donde el residente desarrolla gran parte de su labor asistencial.

Finalmente, Miró, Iáñez y Cano (2002) señalan que la aplicación de estrategias preventivas y de intervención que se orienten a reducir las alteraciones del sueño influirán en una mejor calidad de vida, pues como se conoce, el sueño es esencial no sólo por la cantidad de horas que se dedica a dormir, sino también por el importante efecto que tiene tanto en la salud física como mental. Con el presente estudio se demuestra que existe una estrecha relación entre el sueño y reposo y la calidad de vida y aunque esta relación generalmente haya sido estudiada principalmente en muestras clínicas, hay necesidad de continuar estudiando estas variables en diferentes grupos muestrales, "constituyendo esta una novedosa línea de investigación" (Miró et al., 2002, p. 3). Asimismo, las intervenciones destinadas a mejorar los estilos de vida del personal de salud deben ser alentadas, ya que ello no sólo benefician directamente a los involucrados, sino también a la población en general.

## Referencias

- Anicama, J., Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva*, 19, 7-27.
- Andrews, F. y Withey, S. (1974). Developing measures of perceived life quality: results from several national averages. *Social indicators Research*, 11-26.
- Ahuvia, A. C. y Friedman, D. (1998). Income, consumption, and subjective well-being: toward a composite macromarketing model. *Journal of Macromarketing*, 18, 153-168.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Bailit, J., Weisberger, A. y Knotek, J. (2005). Resident job satisfaction and quality of life before and after work hour reform. *Reproductive Medicine*, 50(9), 5-21.
- Bazargan, M., Makar, M., Bazargan-Hejazi, S., Ani, C. y Wolf, K. E. (2009). Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Academic Psychiatry*, 33(4), 289 - 295.
- Becoña, E., Vásquez, F. y Oblitas, L. (2000). Promoción de estilos de vida saludables ¿Realidad, mito o utopía? En: L. Oblitas y E. Becoña, E. (Eds.), *Psicología de la Salud* (pp. 11-52). México D.F.: Plaza y Valdés.
- Benca, R. M., Obermeyer, W. H., Thisted, R. A. y Gillin, J. C. (1992). Sleep and psychiatric disorders: A metaanalysis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 651-668.
- Bergland A. y Narum, I. (2007). Quality of life demands comprehension and further exploration. *Journal of Aging Health*, 19, 39-61.
- Brown, D. W. y Balluz, L. S., Heath, G. W., Moriarty, D. G., Ford, E. S., Giles, W. H, et al. (2003). Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Preventive Medicine*, 37(5), 520-528.
- Cabrera, M. E., Agostini, M. T., Victoria, C. R. y López, R. (1998). *Calidad de vida y trabajo comunitario integral. Sistema de indicadores para la medición de la calidad de vida*. (Informe de resultados). La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.
- Cardona A. D. y Agudelo, G. H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 23, 79-90.
- Carskadon, M. A. (2004). Sleep deprivation: health consequences and societal impact. *Medical Clinics of North America*, 88(3), 767-776.
- Castro, M. L. (2001). Calidad de vida y promoción de la salud. En: H. E. Restrepo y H. Málaga

- (Eds.), *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable* (pp.56-64). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Campbell, A., Converse, P. y Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Camfield, L. y Skenvington, S. (2008). Ob Subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 764-775. DOI: 10.1177/1359105308093860
- Cardona, D., Agudelo, H. B. y Segura, A. (2008). Un diseño de muestreo complejo en el análisis de la calidad de vida de la población adulta en Medellín. *Colombia Médica*, 39(2), 161-174.
- Chen, X., Sekine, M., Hamanishi, S., Yamagami, T. y Kagamimori, S. (2005). Associations of lifestyle factors with quality of life (QOL) in Japanese children: a 3-year follow-up of the Toyama Birth Cohort Study. *Child Care Health Development*, 31(4), 433-439.
- Colegio de Psicólogos del Perú (1981). Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano. Lima: Colegio de Psicólogos del Perú.
- Coon, D. (2004). *Psicología*. México D.F.: Thomson Learning.
- Cornejo, W. y Pérez, B. (2009, julio). Calidad de vida y trastorno de ansiedad generalizada en una población urbano marginal y rural de Huancayo. Documento presentado en el XIV Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Psicología, Chiclayo, Perú.
- Costa, G. (2003). Shift work and occupational medicine: An overview. *Occupational Medicine*, 53, 83-88.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Díaz L., Palacios J., Morinaga, T. y Mayorga E. (2000). Calidad de vida y perfiles emocionales en estudiantes universitarios de Lima. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Dallimore E. y Mickel, A. (2006). Quality of life: Obstacles, advice, and employer assistance. *Human Relations*, 59(1), 61-103.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies*, 7(4), 397-404.
- El Universal (2009, marzo, 18). *Revienta la crisis a más de la mitad de parejas en México*. Recuperado el 8 de agosto, 2009 de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/584445.html>
- Erikson, E. (1985). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Fernández, O., García Del Río, B., Hidalgo, C., López, C., Martín, A. y Moreno, S. (2007). Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia*, 7(1), 83-90.
- Frank, E. (2004). Physician health and patient care. *Journal of American Medical Association*, 4, 291(5), 637-647.
- Frank, E. y Segura, C. (2009). Practices of Canadian physicians. *Canadian Family Physician*, 55(8), 810-811.
- Fernández del Valle, J. (1996). Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida. En G. Buela, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 1071-1089). Madrid: Siglo XXI.
- Flores, M., Díaz Loving, R., Rivera, S. y Chi, A. L. (2005). Poder y negociación del conflicto en diferentes tipos de matrimonios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 337-357.
- García, C., Ramos, D., Serrano, D.M., Sotelo, M.A., Flores, L.G. y Reynoso, L. (2009). Estilos de vida y riesgo en la salud de profesores universitarios: un estudio descriptivo. *Psicología y salud*, 19(1), 141-149.
- García, J. (s.f.). *La economía en la pareja*. Recuperado el 7 de agosto, 2009 de [http://www.psicoterapeutas.com/terapia\\_de\\_pareja/economia\\_pareja.html](http://www.psicoterapeutas.com/terapia_de_pareja/economia_pareja.html)
- 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 de pregrado no publicada. Universidad de San Martín de Porres.
- Grimaldo, M. (2003). *Manual técnico de la escala de calidad de vida de Barnes y Olson*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- 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.
- Halbach, M., Spann, C. y Egan, G. (2003). Effect of sleep deprivation on medical resident and student cognitive function: A prospective study.

- Journal Obstetric y Gynecology*, 188(5), 1198-1201.
- Harrington, J. M. (1994). Shift-work and health: A critical review of the literature on working hours. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 23, 699-705.
- 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., Rasmussen, B. y Hidalgo, A. (2009, julio). Calidad de Vida, Percepción del peso corporal y comportamientos de riesgo alimentario en estudiantes universitarios. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, (pág. 247). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Howard, S., Gaba, D., Rosekind, M. y Zarcone, V. (2002). The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. *Academic Medicine*, 77, 1019-1025.
- Huang, I. C., Frangakis, C. y Wu, A. W. (2006). The relationship of excess body weight and health-related quality of life: evidence from a population study in Taiwan. *International Journal of Obesity*, 30(8), 1250-1259.
- Infiesta, J., Bimella, J., Garrucho, G. y March J. (2004). *Estilos de vida y juventud*. Recuperado el 10 de febrero, 2004 de [www.ilo.org/public/spanish/region](http://www.ilo.org/public/spanish/region).
- Inga, J. y 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.
- León, R. (2009). *Validación de la encuesta de pensamientos automáticos positivos y negativos de poseel, seemann y hautzinger, y de una escala de bienestar subjetivo, en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Lugones M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18, 287-289.
- Maya, L. (2001). *Los estilos de vida saludables: Componente de la calidad de vida*. Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación, [Funlibre]. Recuperado el 3 de mayo del 2009 de <http://www.mitecnologico.com/Main/EstilosDeVidaYCalidadDeVida>
- Ministerio de Educación del Perú (2005). *Guía para la promoción de estilos de vida saludable en educación secundaria*. Lima: Ministerio de Educación.
- Miró, E., láñez, M. A. y Cano, M. C. (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica*, 2, 301-326.
- Miró, E., Cano-Lozano, M. C. y Buela-Casal, G. (2002). Electrodermal activity during total sleep deprivation and its relationship with other activation and performance measures. *Journal of Sleep Research*, 11, 105-113.
- Molinero, L. (2002). *Análisis de subgrupos y de objetivos secundarios. El problema de las comparaciones múltiples. Comparación de valores basales*. Recuperado el 4 de mayo del 2009 de <http://www.seh-lilha.org/pdf/subgrupos.pdf>.
- Montes de Oca, J. y Mendocilla (2005). *Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria*. Lima: Ministerio de Educación del Perú.
- Olson D. y Barnes, H. (1982). *Calidad de vida*. Manuscrito no publicado.
- Organização Pan-americana da Saúde, [OPS] (2003). *Doenças crônico-degenerativas e a obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Recuperado el 5 de enero del 2010 de: [http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d\\_cronic.pdf](http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf)
- Policía Nacional del Perú. (2008). *Estudio situacional de la violencia juvenil en Lima y Callao*. Lima: Diviit-Dirindes-EMG-PNP.
- Pontificia Universidad Católica (2007). *Estado de la opinión pública: medios de comunicación*. Recuperado el 28 de julio, 2009 de <http://blog.pucp.edu.pe/media/483/20070527-2007%20Mayo%20Medios%20de%20Comunicaci%F3n.pdf>.
- Kilpatrick, K. y Lavoie-Tremblay, M. (2006). Shift-work: What health care managers need to know. *The Health Care Manager*, 25, 160-166.
- Rahtz, D. y Szykman, L. (2008). Can health care organizations better contribute to quality of life by focusing on preventive health knowledge? *Journal of Macromarketing*, 28(2), 122-129. DOI: 10.1177/0276146708314583.
- Reynoso, E. L. y Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: un enfoque conductual*. México D.F.: El Manual Moderno.

- Rivera, A. S., Díaz Loving, R., Cruz, C. y Vidal, G. L. (2004). Negociación de los conflictos y satisfacción en la pareja. *La Psicología en México, 10*, 135-140.
- Rodríguez, N. y García, M. (2005). La noción de calidad de vida, desde diversas perspectivas. *Revista de Investigación, 57*, 49-68.
- Rodríguez-Marín J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Ruiz, J. Sánchez, Y. y Valero, J. (2009). *Trabajo doméstico*. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 27 de Julio, 2009 de [http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/T/trabajo\\_domestico.htm](http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/T/trabajo_domestico.htm)
- Sanabria-Ferrand, P., González, L. y Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludables en profesionales colombianos de la salud. Estudio Exploratorio. *Revista Médica, 15(2)*, 207-217.
- Splegel, K., Leproult, R. y Van Cauter, E. (1999). Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *The Lancet, 354*, 1435-1439.
- Takahashi, M., Iwakiri, K., Sotoyama, M., Higuchi, S., Kiguchi, M., Hirata, M., Hisanaga, N., Kitahara, T., Taoda, K. y Nishiyama, K. (2008). Work schedule differences in sleep problems of nursing home caregivers, *Applied Ergonomics, 39(5)*. 597-604
- The World Health Organization Quality of Life Assessment, [Whoqol]. (1995). Position paper from the World Health Organization. *Social Scientific of Medicine, 41*, 1403-1409.
- Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la Psicología. *Universitas Psychologica, 3(1)*, 89-98.
- Remor; E. y Pérez-Llantada, M.C. (2007). La relación entre niveles de la actividad física y la experiencia de estrés y de síntomas de malestar físico. *Interamerican Journal of Psychology, 41*, 313-322.
- Rojas, R. Schilcht; W. y Hautzinger, M. (2003). Effects of exercise training on quality of life, psychological well-being, immune status and cardiopulmonary fitness in an HIV-1 positive population. *Journal of Sport y Exercise Psychology, 25*, 440-455.
- Victoria, C., González, M., Fernández, J. y Ruiz, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 8 (3)*. 1-16. Recuperado el 12 de enero, 2010 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Vives, A. (2007). Estilo de vida saludable: puntos para una opción actual y necesaria. *Revista electrónica Psicología Científica.com*. Recuperado el 20 de Julio, 2009 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-307-3-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.html>
- Wang, H., Sekine, M., Chen, X., Yamagami, T. y Kagamimori, S. (2008). Lifestyle at 3 years of age and quality of life (QOL) in first-year junior high school students in Japan: results of the Toyama Birth Cohort Study. *Quality of Life Research, 17(2)*, 257-265.





**Anexo 1.**  
**Escala de Calidad de Vida**  
(Olson y Barnes, 1982)

A continuación le presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de su vida. Lea cada una de ellas y marque la alternativa que considere conveniente. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas. No olvide responder a todas las preguntas:

Qué tan satisfecho está con:	Respuestas				
	Insatisfecho	Un poco satisfecho	Más o menos satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
<b>Bienestar económico</b>					
1. Los medios materiales que tiene su vivienda para vivir cómodamente.					
2. Su capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada.					
3. Su capacidad económica para satisfacer la necesidad de vestido de su familia.					
4. Su disponibilidad económica para satisfacer las necesidades recreativas de su familia.					
5. Su capacidad económica para satisfacer las necesidades educativas de su familia.					
6. Su capacidad económica para satisfacer las necesidades de salud de su familia.					
7. La cantidad de dinero que tiene para gastar diariamente.					
8. La cantidad de dinero que tiene para gastar el fin de semana.					
9. La capacidad económica para la adquisición de objetos personales "de lujo".					
<b>Amigos</b>					
10. Los amigos que frecuenta en la zona donde vive.					
11. Las actividades (fiestas, reuniones, deportes) que comparte con sus amigos en la zona donde reside.					
12. El tiempo que comparte con sus amigos de la zona donde vive.					
13. Los amigos del trabajo.					
14. Las actividades que comparte con sus amigos del trabajo.					
15. El tiempo que comparte con sus amigos del trabajo.					
16. El número de amigos que tiene.					

Qué tan satisfecho está con:	Respuestas				
	Insatisfecho	Un poco satisfecho	Más o menos satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
<b>Vecindario y comunidad</b>					
17. Las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas.					
18. La seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno.					
19. Los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en su comunidad.					
20. Las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.).					
21. Los servicios que le brinda el Centro de Salud más cercano a su hogar.					
22. Las facilidades para acudir a una iglesia.					
<b>Vida familiar y hogar</b>					
23. La relación afectiva con su esposo (sa).					
24. La relación afectiva con su(s) hijo(s), (as).					
25. El número de hijos (as) que tiene.					
26. Sus responsabilidades domésticas en la casa.					
27. La capacidad de su hogar para brindarle seguridad afectiva.					
28. Su capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar.					
29. El tiempo que pasa con su familia.					
30. La relación afectiva con sus padres.					
31. La relación afectiva con sus hermanos.					
32. La relación afectiva con sus sobrinos.					
33. El apoyo afectivo que recibe de su familia extensa (padres, tíos(as), primos(as), etc.).					
<b>Pareja</b>					
34. El tiempo que pasa con su pareja.					
35. Las actividades que comparte con su pareja.					
36. El apoyo emocional que recibe de su pareja.					
37. El apoyo emocional que le brinda su pareja.					
38. La intimidad sexual con su pareja.					

	<b>Respuestas</b>				
	Insatisfecho	Un poco satisfecho	Más o menos satisfecho	Bastante satisfecho	Completamente satisfecho
<b>Ocio</b>					
39. La cantidad de tiempo libre que tiene.					
40. Las actividades deportivas que realiza.					
41. Las actividades recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.).					
42. El tiempo que tiene para descansar.					
43. Las actividades creativas que realiza (pintura, dibujo, manualidades, etc.).					
<b>Medios de comunicación</b>					
44. El contenido de los programas de televisión nacional (señal abierta).					
45. El contenido de los programas de la televisión por cable y satelital (señal cerrada o privada).					
46. El contenido de los programas de radio.					
47. La cantidad de tiempo que pasa escuchando radio.					
48. La cantidad de tiempo que pasa en Internet revisando páginas no educativas.					
49. La cantidad de tiempo que pasa revisando páginas por cuestiones educativas.					
50. La cantidad de tiempo que pasa "chateando".					
51. Calidad de las películas del cine nacional.					
52. Calidad de las películas del cine extranjero.					
53. La frecuencia con que asiste al cine.					
54. Calidad de las obras de teatro.					
55. La frecuencia con que asiste al teatro.					
56. El contenido de los periódicos.					
57. La frecuencia con que lee los periódicos.					
58. El contenido de las revistas científicas.					
59. El contenido de las revistas no científicas.					

60. La frecuencia con que lee revistas científicas.					
61. La frecuencia con que lee revistas no científicas.					
<b>Religión</b>					
62. La vida religiosa de su familia					
63. La frecuencia de asistencia a misa.					
64. Su relación con Dios.					
65. El tiempo que le brinda a Dios.					
66. El amor que le brinda a Dios.					
67. Las actividades que organiza su templo o iglesia.					
68. La vida religiosa de su comunidad.					
<b>Salud</b>					
69. Su salud física.					
70. Su salud psicológica.					
71. La salud física de otros miembros de su familia nuclear (esposo(a), hijo(s), (as).					
72. La salud psicológica de otros miembros de tu familia extensa (padres, tíos(as), primos(as), etc.).					

**Anexo 2.**  
**Cuestionario de Estilo de Vida Saludable**

**I. Área socio demográfica y económica**

1. Sexo:            Masculino ( ) Femenino ( )
2. Edad:
3. Estudios de Maestría ( ) Especificar:  
Estudios de Doctorado ( ) Especificar:
4. Estado Civil:  
Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( )            Viudo ( )
5. Profesión:  
Medicina ( )            Enfermería ( )            Odontología ( )            Psicología ( )  
Obstetricia ( )            Otra profesión ( )            Especificar: .....
6. Sus ingresos mensuales promedian:  
Hasta USD \$718 ( )    USD \$718 - \$1436 ( )    Más de USD \$1436 ( )

**II. Área deportivas**

Marca la frecuencia con que realiza las siguientes actividades al aire libre y deportes

Actividades deportivas	Siempre "Todos los días"	Frecuentemente "3 a 6 veces a la semana"	A veces "1 a 2 veces a la semana"	Casi nunca "1 a 3 veces al mes"	Nunca
<b>7. Deportes individuales</b>					
Trote					
Atletismo					
Ciclismo					
Gimnasio					
Natación					
<b>8. Deportes colectivos o de pareja</b>					
Aeróbicos					
Fútbol					
Fulbito					
Básket					
Tenis					
Voley					
Ajedrez					
Ciclismo					
<b>9. Deportes de combate</b>					
Box					
Vale todo					
Karate					
Tae Kwondo					
Judo					
Box					
<b>10. Deportes al aire libre (de aventura)</b>					
Canotaje					
Ciclismo de montaña					
Ala Delta					
Parapente					
Deportes acuáticos					

**III. Área de consumo de alimentos**

A continuación, marca la frecuencia del consumo de los siguientes alimentos

Alimentos	Siempre "Todos los días"	Frecuentemente "3 a 6 veces a la semana"	A veces "1 a 2 veces a la semana"	Casi nunca "1 a 3 veces al mes"	Nunca
<b>11. Grupo 1</b>					
Pan					
Cereales (arroz, maíz, trigo, etc.).					
Pastas (fideos)					
Tubérculos (papa, camote, yuca, etc.)					
<b>12. Grupo 2</b>					
Fruta fresca					
Fruta cocida o en lata					
Jugo de frutas					
<b>13. Grupo 3</b>					
Vegetales de hojas crudas					
Vegetales cocidos					
Vegetales cortados crudos					
<b>14. Grupo 4</b>					
Carne de ave					
Carne de res					
Carne de cerdo					
Pescado					
Otras carnes					
Huevos					
Menstras					
<b>15. Grupo 5</b>					
Leche					
Yogurt					
Queso					
<b>16. Grupo 6</b>					
Gaseosas					
Golosinas					
Helados					
Snacks					

**IV. Área de sueño y reposo**

Actividades	Siempre "Todos los días"	Frecuentemente "3 a 6 veces a la semana"	A veces "1 a 2 veces a la semana"	Casi nunca "1 a 3 veces al mes"	Nunca
17. Duermo entre 7 y 8 horas.					
18. Realizo siesta.					
19. La siesta que realizo es de aproximadamente una hora.					
20. Tengo un horario fijo para acostarme.					
21. Tengo un horario fijo para levantarme.					
22. Genero un tiempo de tranquilidad antes de dormir.					
23. Mi dormitorio se mantiene a una temperatura templada.					
24. Cuando me levanto siento que he dormido lo suficiente.					
25. Luego del descanso, siento que he restaurado mis energías perdidas.					