

Calidad de vida relacionada con la salud de estudiantes de carreras profesionales

Ana Lilia Banda Castro³, Miguel Arturo Morales Zamorano, Adria Velia González Beltrones y
Guadalupe Aleida Valenzuela Miranda
Universidad de Sonora

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar los indicadores objetivos de la calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes de una institución de estudios superiores. Asimismo se contrastó la interdependencia de un factor de afectación de la calidad de vida y de un factor de calidad de vida relacionada con la salud. La muestra estuvo integrada por 91 participantes. Se realizaron frecuencias de medias, desviaciones estándar y modelamiento estructural. Se probó la influencia directa que el factor de la afectación a la calidad de vida (calidad subjetiva) ejerce en el factor de calidad de vida relacionada con la salud (calidad de vida objetiva). Se encontraron los indicadores: vida independiente, salud mental, enfrentamiento, dolor y sensopercepción como indicadores de calidad de vida relacionados con la salud.

Palabras Clave: calidad de vida relacionada con la salud, calidad de vida objetiva y subjetiva, ecuaciones estructurales.

HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN UNIVERSITY STUDENTS

Abstract

The aim of this work was to identify the objective health related quality life indicators in university students. Also the health related quality of life factor dependence with perceived quality of life factor. The sample was integrated for 91 university students. First univariate statistics were obtained, after a model was tested using structural equations modeling. The data showed that health related quality of life (objective quality of life) was affected by perceived quality of life factor (subjective quality of life) and it was found the objective indicators: independent living, mental health, coping, pain and sensperception.

Key words: health related quality of life, objective and subjective quality of life, structural equations.

Hablar de calidad de vida representa entrar en controversias por la dificultad para definir el término y más aún establecer una diferenciación con términos que se encuentran relacionados o son considerados sinónimos como lo son el

³ Cualquier comentario o aportación será bien recibida en albanda@psicom.uson.mx Hermosillo, Sonora, México

bienestar, la felicidad o la satisfacción personal. Para Haan, Aaronson, Limburg, Langton Heder y van Krevel (1993) estos mismos constituyen componentes de la calidad de vida.

Dieder y Suh (1997) afirman que la calidad de vida se conforma de tres corrientes filosóficas: una relacionada con los valores, otra con la satisfacción de necesidades y la tercera se encuentra representada por sentimientos como la felicidad y la satisfacción de la vida. Como puede observarse la calidad queda supeditada a los aspectos intrínsecos del ser humano, sin contemplar que puedan existir aspectos extrínsecos que se encuentren afectando la calidad de vida así como el comportamiento (Bronfenbrenner, 1987).

Para Veenhoven (2000) la terminología anterior lleva implícita la evaluación, y afirma que la misma no podría ser realizada sólo por el ser humano y por lo tanto debe ponerse atención al realizar evaluaciones sobre calidad de vida, e incluir indicadores en diferentes sistemas sociales lo cual apoya el considerar los factores externos como fuentes de afectación al proceso de calidad de vida.

Por otra parte especificar las áreas de dominio puede ser discutible. Aunque se han marcado dos categorías de influencia sobre la calidad de vida del individuo, las cuales son la calidad de vida objetiva y la calidad de vida subjetiva. Este trabajo se enfocará al estudio de la primera categoría. Kamp, Leidelmeijer, Marsman y Hollander (2003), Mitchell (2000) y Cummins (2000) definen la calidad de vida objetiva en términos de: a) hacer referencia a las experiencias públicas que son registrables y cuantificables y b) establecer la más importante y crítica distinción entre los indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida.

Al referirse al término de la calidad de vida objetiva la definición se circunscribe a la posesión de bienes materiales (objetos) (Cummins, 2005; Orwig y Fimmen, 2005), a las condiciones en que vive una persona⁴ (Bognar, 2005; Boelhouwer, 2002; Veenhoven, 2000; Boelhouwer y Stoop, 1999; García y Velásquez, 1999) a la cantidad de ingresos percibida (Arita, Romano, García y Félix, 2005; Cummins, 2000), a la posibilidad de satisfacer necesidades de alimentación básicas (Steptoe, Perkins-Porras, Hilton, Rink, y Cappuccio, 2004; Etxeberria, González, Padierna, Quintana, y Ruíz de Velasco, 2002; Sen, 2000; García y Velásquez, 1999) y al estado de salud que poseen los seres humanos (Bergland y Wyller, 2006; Ovalle y Martínez, 2006; Richardson, Day, Peacock y Iezzi, 2004).

Otros autores han contemplado como indicadores de calidad objetiva a los indicadores sociales, los cuales pueden ser medidos con cierta precisión y no dependen de la percepción de los individuos o de sus opiniones. Una limitante de los mismos es que no necesariamente reflejan la experiencia de calidad de

⁴ Boelhouwer (2002) ha estudiado las condiciones de vida de los individuos con dominio en áreas como: la salud, la vivienda, la participación social, las actividades recreativas, la movilidad, el poder adquisitivo, los períodos de festividad y descanso, y la actividad deportiva,

vida de los individuos (Veenhoven, 2000; Dieder y Suh, 1997).

Desde el punto de vista de Kamp et. al. (2003), Veenhoven (2000) y Szalai (1980), la calidad de vida objetiva se refiere al estilo de vida que alcanza un individuo y que se caracteriza por estándares explícitos que pueden ser evaluados por un tercero de forma imparcial. Para estos autores no necesariamente hay correspondencia entre la calidad de vida objetiva y la subjetiva, y de acuerdo con García y Velásquez (1999) y Diener y Diener (1995) muestran independencia; sin embargo en algunas investigaciones se ha reportado dependencia o interdependencia entre ambos (Steptoe et. al. 2004; Cummins, 2000; Michalos, Zumbo y Hubley, 2000) y en el caso de los dos primeros han encontrado que cuando la calidad de vida es baja la interdependencia se incrementa.

Boelhouwer (2002) ha encontrado que en Holanda las personas que refieren mayor calidad de vida, también cuentan con las mejores condiciones de vida, en este sentido concuerda con Veenhoven (2000), aunque este último también vincula la calidad de vida de los seres humanos a las condiciones y cuidados en el estado de salud que poseen los mismos (Steptoe et. al. (2004) y a su potencialidad de supervivencia.

Para Ovalle y Martínez (2006), Bognar (2005), Mitchell (2000), García y Velásquez (1999) y Dieder y Suh (1997) existen indicativos sociales objetivos⁵ de la calidad de vida como son: la ocurrencia de epidemias, mortandad infantil, el número de médicos *per capita*, longevidad dentro del dominio de la salud; tasas de homicidio, número de policías *per capita* y tasas de violación, los cuales representan el área de dominio del crimen relacionado con la calidad de vida y finalmente son dignos de considerar los índices en áreas como la ecológica, los derechos humanos, bienestar comunitario, la contaminación ambiental, la deforestación, la disponibilidad de viviendas y la educación.

Por otra parte Orwig y Fimmen (2005) y Kamp et. al. (2003) hacen patente que la calidad objetiva puede ser evaluada mediante la identificación de la riqueza material y el crecimiento económico, ambos sustentados en la monetarización de la producción lo cual implica que a mayor producción haya mayor consumismo y al haber mayor consumismo se eleva de alguna forma el estatus de vida. A este respecto resulta relativa la anterior afirmación, en virtud de que hay sectores de población en E.E.U.U. que carecen de disponibilidad de vivienda, apoyo social, salud por mencionar algunos ejemplos, pero poseen

⁵ Cummins y Suh (1997) definen a los indicadores sociales como especialmente objetivos porque no dependen de la percepción de los individuos, pueden ser medidos por personas entrenadas y son independientes de las opiniones de las personas.

Generalmente reflejan los ideales normativos de una sociedad, tal es el caso del índice de mortandad infantil por citar un ejemplo.

Asimismo los indicadores sociales pueden capturar información que no es captada por las estadísticas económicas tal es el caso de los índices de deforestación, de contaminación y derechos humanos por mencionar algunos.

bienes materiales como carros, ordenadores, televisiones por citar algunos ejemplos (Marsella, 1998).

Generalmente se ha observado que la riqueza de una nación no determina el grado de calidad de vida que manifiesten sus habitantes, países como Túnez e Israel registran índices de calidad de vida similares y su riqueza es muy diferente, incluso en algunos el poder adquisitivo es similar, pero la calidad de vida manifiesta difiere por mucho como es el caso de Mauritania y España (Diener y Suh, 1997)

Cada vez son mayores los estudios que se realizan en donde la calidad de vida relacionada con la salud conserva una naturaleza objetiva que se busca relacionar con la calidad de vida subjetiva o el bienestar subjetivo (Michalos et. al. 2000).

La calidad de vida relacionada con la salud puede ser definida como el impacto que la salud ejerce sobre las habilidades del individuo y que se encuentra en función de la percepción de la calidad de vida en dominios como son el aspecto físico (Varni, Burwinkle y Seid, 2006; Bergland y Wyller, 2006; Rojas y Lozano, 2005), mental o emocional (Varni et. al. 2006; Schmidt y Power, 2006) y social (Varni et. al. 2006; Bergland y Wyller, 2006; Rojas y Lozano, 2005).

Los dominios que comprende la calidad de vida relacionada con la salud generalmente se enfocan al estudio de la potencialidad física del individuo, roles en la familia y la comunidad, aspectos cognitivos y emocionales, el dolor, trastornos de sueño, el estado general de la salud y la calidad de vida (Rojas y Lozano, 2005); otros han estudiado dominios en cuanto a la salud física y la salud mental (Richardson et. al. 2004, Schmidt y Power, 2006) el enfrentamiento, el dolor, el entorno familiar y comunitario y las capacidades perceptivas del individuo (Richardson et. al. 2004). Las áreas de dominio o los reactivos empleados por diversas investigaciones concuerdan; los reactivos mantienen su consistencia interna y los modelos contrastados se apegan a la teoría planteada, por consiguiente las diferencias observadas son atribuibles a que la calidad de vida relacionada con la salud ha sido medida en diferentes países y con diversidades culturales.

Esta investigación tuvo por objetivo identificar la estructura factorial de la calidad de vida relacionada con la salud y la influencia que esta tiene en la calidad de vida de un grupo de estudiantes de estudios profesionales de acuerdo con un instrumento diseñado por Richardson et. al. (2004)

1. Metodología

1.1. Participantes. La muestra estuvo integrada por 91 alumnos de la Universidad de Sonora (N=91), 65 fueron del sexo femenino (71.43%) y 26 fueron del sexo masculino (28.6%). Las edades oscilaron entre 18 y 58 años, cuya escolaridad se registró conforme a semestres concluidos 23 participantes

concluyeron el sexto semestre de preparatoria (25.2 %), 42 el primer semestre de carrera profesional (46.15 %), 25 el séptimo semestre de carrera profesional (27.5%) y 1 el noveno semestre de carrera profesional (1.10 %). El 58.2 % corresponde a estudiantes de tiempo completo, el 27.4 % trabaja tiempo parcial, el 6.5 % se encuentra desempleado, el 4.4 % es ama de casa y el 4.4 % trabaja tiempo completo. El 37.3 % goza de muy buena salud, el 27.4 %

Tabla 1
Frecuencias y porcentajes de variables demográficas

Variabes	Frecuencia	Porcentaje
Sexo femenino	65	71.43
Sexo masculino	26	28.57
Sexto semestre preparatoria	23	25.27
Primer semestre profesional	42	46.15
Séptimo semestre profesional	25	27.47
Noveno semestre profesional	1	1.10
Estudiante de tiempo completo	53	58.24
Trabaja tiempo parcial	24	26.37
Desempleado	6	6.59
Ama de casa	4	4.40
Trabaja tiempo completo	4	4.40
Goza de muy buena salud	34	37.36
Refiere excelente salud	25	27.47
Estado de salud bueno	23	25.27
Estado de salud aceptable	8	8.78
Estado de salud pobre	1	1.10

refiere excelente salud, 25.2 % refiere estado de salud bueno, 8.7 % estado de salud aceptable y 1.1 % estado de salud pobre (tabla 1).

1.2. Instrumento. Se empleó la escala: Assessment of Quality of Life (AQoL) Mark 2 (Richardson et. al.2004). Se empleó un instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con la salud que cuenta con algunos indicadores sociales y que permite hacer un auto registro que proviene de la expresión de los individuos y además auto registra el impacto que se lleva a cabo en la calidad de vida de los mismos (Bergland y Wyller, 2006; Ovalle y Martínez, 2006; Richardson et. al. 2004).

Este instrumento se integra por 20 reactivos con un máximo de seis opciones a elegir y un mínimo de cuatro opciones. Tiene por objetivo identificar el estado de salud normal para la primera parte de la escala; para la segunda parte se le pide al encuestado que indique de acuerdo con una escala de tres opciones, como es que su estado de salud afecta su calidad de vida. Las dimensiones que comprende la escala son: a) vida independiente (reactivos del 1 al 4), b) familia y sociedad (reactivos del 5 al 7), c) salud mental (reactivos del 8 al 11), d) enfrentamiento (reactivos del 12 al 14), e) dolor (reactivos del 15 al 17) y f) percepción sensorial (reactivos del 18 al 20).

1.3. Procedimiento

La aplicación de instrumento se llevó a cabo por un psicólogo, colectivamente y en 4 sesiones de aproximadamente 50 minutos de duración.

1.4. Análisis de datos

Con los datos recabados se realizaron análisis de frecuencia para las variables sociodemográficas de sexo, escolaridad, trabajo y estado de salud; y análisis de medias y desviaciones estándar para edad, escolaridad e ingreso del encuestado y de los padres.

Tabla 2
Medidas y desviaciones estándar de variables demográficas

Variables	N	Media	DE
Edad	91	22.6	8.03
Escolaridad	91	17.53	2.91
Ingreso del encuestado	69	2663.48	6791.01
Ingreso de la mamá	54	1763.70	6235.18
Ingreso del papá	91	8357.14	11461.40

Se verificó la confiabilidad de los reactivos, obteniendo las alfas de Cronbach en el paquete estadístico System of Statistical Analysis [SAS] (versión 9.1). Asimismo, fueron sumados los reactivos (variables) correspondientes a la totalidad de dominios previamente descrita, y convertidos en índices, los cuales a su vez formaron un factor de calidad de vida relacionado con la salud y otro factor de afectación a la calidad de vida que fue integrado gracias a la integración de matrices de covarianza.

Se realizó análisis factorial confirmatorio (AFC) y se midió la bondad de ajuste del modelo propuesto mediante la utilización del estadígrafo de χ^2 , buscando obtener una χ^2 no significativa, lo que significa que su probabilidad asociada sea mayor a .05. Se obtuvieron los indicadores prácticos, índice de ajuste normado (NFI), índice de ajuste no normado (NNFI) y el índice de ajuste comparativo (CFI). Los datos recabados fueron contrastados con el modelo teórico mediante un modelo de ecuaciones estructurales empleando el paquete estadístico Structural Equations [EQS] (versión 5.7b).

2. Resultados

La media de edad de los participantes fue de 22 años, con una escolaridad promedio de segundo semestre de carrera profesional, la media de ingresos del encuestado fue de 242 dólares al mes aproximadamente y los ingresos de ambos padres tuvieron una media de 920 dólares al mes (tabla2).

Se realizaron análisis de frecuencias de medias y confiabilidad de la escala, la tabla 3 presenta el concentrado de alfas de Cronbach, medias y sumatorias de

la puntuación por reactivo. Las puntuaciones de las alfas de Cronbach fueron mayores de .53.

Se observa que en las escalas de vida independiente, enfrentamiento y sensopercepción se registran las medias más altas con referencia al factor de calidad de vida relacionada con la salud.

Se identificó un modelo estructural de calidad de vida relacionada con la salud con índices de bondad de ajuste adecuados como teóricamente se esperaba. Los indicadores de bondad de ajuste muestran que el modelo está respaldado por los datos. La χ^2 fue de 13.63 (9 gl), asociada a una $p=.13$; el BBN es igual a .89, el BBNFI es igual a .93 y el CFI fue de .96.

Tabla 3

Alfas de Cronbach, medias y sumatoria del factor calidad de vida relacionada con la salud

Escala a medir/ reactivos	Medias	Sumatoria	Alfas de Cronbach
		n=91	
Vida independiente			.53
Necesito ayuda en las tareas de casa	2.98	272	
Fácil o difícil me parece hacer algo fuera de casa	4.21	384	
Pensar que tan bien puedo caminar	4.30	393	
Puedo bañarme ir al baño, vestirme y comer solo	3.72	.339	
Salud mental			.78
Últimos siete días desesperado	2.21	202	
Preocupado frecuentemente	2.05	187	
Frecuentemente triste	2.56	233	
Calmado tranquilo frecuentemente	2.72	248	
Enfrentamiento			.77
Energía para hacer cosas que quiero	2.93	267	
Controlo mi vida frecuentemente	3.06	279	
Siento puedo enfrentar problemas	3.02	275	
Dolor			.67
Experimento dolor frecuentemente	2.60	237	
Experimento dolor e inquietud	2.27	207	
Dolor interfiere actividad			

cotidiana	2.95	269	
Sensopercepción			.40
Pensar en mi visión	3.72	339	
Pensar en mi capacidad auditiva	4.34	395	
Sin problemas para comunicarme con otros	2.81	256	

Se observó una correlación significativa entre el factor de calidad de vida relacionada con la salud y el factor afectación a la calidad de vida

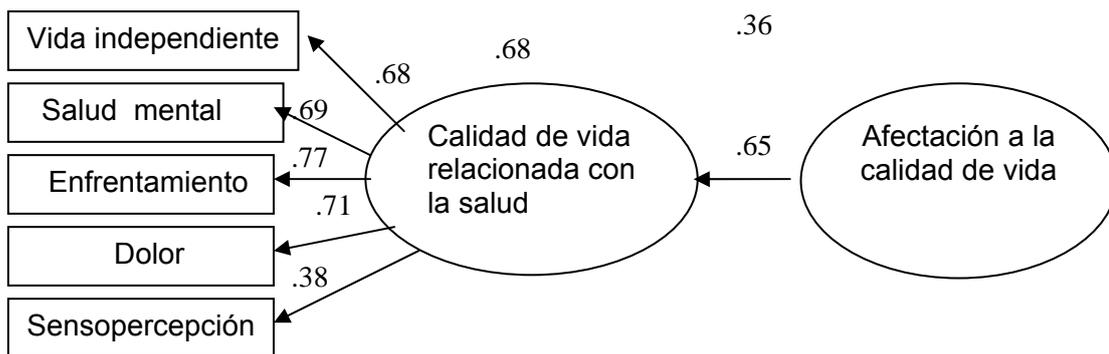


Figura 1 Modelo multifactorial de calidad de vida (estudiantes de carreras profesionales)

$\chi^2 = 13.63$ GL = 9 P = 0.13
 BBN = 89 BBNFI = 93 CFI = 96

3. Discusión

El estudio de los indicadores del factor de calidad de vida relacionado con la salud (calidad de vida objetiva) y la influencia de este con la calidad de vida de una población de estudiantes de carrera profesional (calidad de vida subjetiva) fue el objetivo de este estudio, por consiguiente los resultados permiten afirmar que la vida independiente, la salud mental, el enfrentamiento, el dolor y la sensopercepción, constituyen las áreas de dominio que conforman el factor de calidad de vida relacionado con la salud de los estudiantes de estudios profesionales, este factor fue obtenido mediante el auto registro de

comportamientos Asimismo, se encontró otro factor conformado por el auto registro de la percepción que tiene el individuo sobre la interacción entre diversos comportamientos relacionados con la salud y la calidad de vida (Richardson et. al. 2004).

La influencia que el factor de afectación a la calidad de vida (calidad subjetiva) ejerce sobre el factor de calidad de vida relacionado con la salud (calidad objetiva) se encuentra apoyando los argumentos de Steptoe et. al. (2004) y Cummins, (2000) en el sentido de que los indicadores objetivos y subjetivos muestran interdependencia y es pertinente señalar que la presente investigación no registra que los indicadores objetivos sean bajos, ya que las puntuaciones en los mismos generalmente fueron promedio, esto significa que la población estudiada cuenta con las condiciones de salud que posee el promedio de la población y posiblemente sean mejores ya que la misma en su mayoría esta integrada por jóvenes (Boelhouwer, 2002; Veenhoven, 2000). Esto último permite afirmar que la evaluación de la calidad de vida innegablemente debe tomar en consideración factores intrínsecos y extrínsecos lo cual también ha sido argumentado por autores diversos (Ovalle y Martínez, 2006; Bogнар, 2005; Richardson et. al. 2004; Kamp et. al. 2003; Mitchell, 2000; Cummins, 2000; Veenhoven, 2000; García y Velásquez, 1999; Dieder y Suh, 1997).

Se considera que el instrumento aquí empleado cuenta con medidas objetivas y subjetivas ya que primeramente se solicita una evaluación de los comportamientos relacionados con condiciones de salud y seguidamente se cuestiona sobre el grado de afectación que estas condiciones ejercen sobre la calidad de vida.

En cuanto a la dimensionalidad de la calidad de vida relacionada con la salud es factible afirmar que los reactivos que integraron el instrumento de Richardson et. al. (2004) conformaron los índices vida independiente, salud mental, enfrentamiento, dolor y sensopercepción registrando pesos factoriales significativos ($p > .05$). Motivo por el cual se puede afirmar que los mismos constituyen indicadores de la calidad de vida relacionada con la salud para los estudiantes de estudios profesionales, asimismo, han habido otros estudios que reportan la existencia de indicadores similares a los anteriormente mencionados (Bergland y Wyller, 2006; Ovalle y Martínez, 2006)

El método de medición elegido para obtener los indicadores objetivos de la calidad de vida relacionada con la salud puede ser discutible, como de igual forma han sido puestos en tela de juicio la medición de otros indicadores objetivos de calidad de vida que han quedado al arbitrio de la medición de terceras personas y de los criterios empleados para hacer el registro, los cuales representan un juicio subjetivo de lo que es aceptable (Diener y Suh, 1997).

Se escogió hacer el estudio de un factor como es la salud asociado con la calidad de vida ya que se concuerda con Diener y Suh (1997) en el sentido de

que el modelo obtenido puede ser más parsimonioso. Diener y Diener (1995) han encontrado que existen numerables variables de calidad de vida que no tienen relación con los ingresos de las personas y de hecho su índice básico de calidad de vida (Basic QoL Index) es más sensitivo en naciones donde existe menos riqueza.

De acuerdo con Diener y Suh (1997) una de las mayores limitantes del empleo de los indicadores sociales se circunscribe a la interrogante de si realmente reflejan la calidad de vida de los individuos, lo cual fue tratado de superar empleando dos perspectivas de medición con el instrumentos de Richardson et. al. 2004, ya que así como se solicitó una descripción de los hechos o los comportamientos que los individuos vivenciaban, al mismo tiempo se les solicitó la información sobre la percepción que tenían en cuanto a la interacción que un hecho objetivo mantenía con un constructo de mayor complejidad.

Por los datos obtenidos y la importancia que se confiere a los indicadores subjetivos se esta de acuerdo con Ovalle y Martínez (2006), Arita et. al. (2005), Steptoe et. al. (2004), Cummins (2000), Veenhoven (2000) y Dieder y Suh (1997) en que es imposible medir calidad de vida objetiva independientemente a la calidad de vida subjetiva y pretender hacer una evaluación verdadera de la calidad de vida de los seres humanos.

4. Conclusiones

La investigación realizada identificó un modelo multifactorial que permite afirmar que los datos recabados en esta investigación corresponden con la teoría lo que significa que el modelo de calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de carreras profesionales coincidió con el modelo teórico propuesto por Richardson et. al. (2004) poniéndose de manifiesto con la bondad de ajuste estadística y la bondad de ajuste práctica registradas. Se han identificado dos factores: el factor de calidad de vida relacionado con la salud de los estudiantes universitarios y el factor afectación a la calidad de vida de los mismos. En ambos factores se lograron pesos factoriales significativos y de igual forma en las relaciones observadas entre el constructo y sus indicadores.

Resulta pertinente señalar que el área de calidad de vida objetiva estudiada solo correspondió a la salud y se han citado la existencia de otros indicadores sociales tal como lo han planteado Bognar (2005), Mitchell (2000), García y Velásquez (1999) y Diener y Suh (1997) al referir que los registros de epidemias, condiciones ambientales, contaminación, existencia de alergias, derechos humanos, número de médicos *per cápita*, deforestación y recursos monetarios constituyen indicadores objetivos de la calidad de vida relacionados con la salud. Motivo por el cual el estudio de estos indicadores podría ser realizado en posteriores investigaciones. Por lo que toca al factor de afectación a la calidad de vida la percepción recabada del constructo se encuentra circunscrita a las dimensiones vida independiente, salud mental, enfrentamiento, dolor, y sensopercepción y el mismo podría ser ampliado mediante la inclusión de los indicadores sociales señalados al inicio del párrafo. Se recomienda específicamente para futuras investigaciones que los

indicadores sociales que sean estudiados se circunscriban a los escenarios educativos. De esta forma el estudio de calidad de vida relacionado con la salud sería integral y específico.

Referencias

Arita, B. Y., Romano, S., García, N. y Felix, M. R. (2005) "Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida". *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 93-102.

Bergland, A. y Wyller, T. B. (2006) "Construct and criterion validity of a norwegian instrument for health related quality life among elderly women living at home". *Social Indicators Research*, 77, 479-497.

Boelhouwer, J. (2002) "Quality of life and living conditions in the Netherlands". *Social Indicators Research*, 58(1-3), 115-140.

Boelhouwer, J. y Stoop, I. (1999) "Measuring well-being in Netherlands". *Social Indicators Research*, 48(1), 51-75.

Bognar, G. (2005) "The concept of quality of life". *Social Theory and Practice*, 31(4), 561-580.

Bronfenbrenner, U. (1987) *La ecología del desarrollo humano*. España: Paidós

Cummins, R. A. (2000) "Objective and subjective quality of life: an interactive model". *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72.

Cummins, R. A. (2005) "Moving from the quality concept to a theory". *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.

Diener, E. y Suh, E. (1997) "Measuring quality life: economic, social and subjective indicators". *Social Indicators Research*, 40, 189-216.

Diener, E. y Diener, C. (1995) "The wealth of nations revisited: income and quality of life". *Social Indicators Research*, 36, 275-286.

Etxeberria, Y, González, N., Padierna, J. A., Quintana, J. M. y Ruíz de Velasco, I. (2002) "Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación". *Psicothema*, 14(2), 399-404.

Ferriss, A. L. (2000) "The quality of life among U.S. States". *Social Indicators Research*, 49(1), 1-23.

García, M. C. y Velázquez, G. A. (1999) "Percepción y "medición" de calidad de vida con sistema de información geográfica en Tandil". *Serie Geográfica*, 8, 12-128.

Haan, R., Aaronson, N., Limburg, M., Langton Heder, R. y van Krevel H. (1993) "Measuring quality of life in stroke". *Stroke*, 24(2), 320-327.

Kamp, I., Leidelmeijer, K., Marsman, G. y Hollander, A. (2003) "Urban environmental quality and human wellbeing. Towards a conceptual framework and demarcation of concepts; a literature study". *Landscape and Urban Planning*, 65, 5-18.

Marsella, A. J. (2000) "Toward a global-community psychology". *American Psychologist*, 53(12), 1282-1291.

Michalos, A. C., Zumbo, B. D. y Hubley, A. (2000) "Health and the quality of life". *Social Indicators Research*, 51(3), 245-286.

Mitchell, G. (2000). "Indicators as tools to guide progress on the sustainable development pathway", en R. J. Lawrence (comp.), *Sustaining Human Settlement. A challenge for a new millennium*, 55-104. E.E.U.U.: Urban International Press.

Orwig, R. L. y Fimmen, M. D. (2005) "Quality of life comparison: objective assessment versus subjective assessment". *The Journal of Baccalaureate Social Work*, 11(1), 30-39.

Ovalle, O. y Martínez, J. (2006) *La calidad de vida y la felicidad. Contribuciones a la Economía*. Disponible en: <http://www.eumed.net/cel/> Consultado: 20/08/2008.

Palomar, J. y Cienfuegos, Y. I. (2007) "Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos". *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 177-188.

Richardson, J., Day, N. A., Peacock, S. y Iezzi, A. (2004) "Measurement of the quality of life for economic evaluation and the assessment of quality of life (AQoL) Mark 2 Instrument". *Australian Economic Review*, 37(1), 62-88.

Rojas, A. J. y Lozano, O. M. (2005) "Application of an IRT polytomous model for measuring health related quality life". *Social Indicators Research*, 74, 369-394.

Schmidt, S. y Power, M. (2006) "Cross-cultural analyses of determinants of quality of life and mental health: the results from the eurohis study". *Social Indicators Research*, 77, 95-138.

Sen, A. (2000). "Capacidad y bienestar", en M. C. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida*, 54-83. México: Fondo de Cultura Económica.

Stephoe, A., Perkins-Porras, L., Hilton, S., Rink, E. y Cappuccio, F.P. (2004) "Quality life and self-rated health in relation to changes in fruit and vegetable intake in plasma vitamins C and E in a randomized trial of behavioral and nutritional education counseling". *British Journal of Nutrition*, 92, 177-184.

Szalai, A. (1980). "The meaning of comparative research on the quality of life", en A. Szalai y F. Andrews (comps.), *The quality of life*, 7-24. E.E.U.U.: Sage.

Varni, J. W., Burwinkle, T. M. y Seid, M. (2006) "The PedsQL™ 4.0 as a school population health measure: feasibility, reliability, and validity". *Quality of Life Research*, 15, 203-215.

Veehoven, R. (2000) "The four qualities of life". *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

Walter-Busch, E. (2000) "Stability and change of regional quality of life in Switzerland, 1978-1996". *Social Indicators Research*, 50(1), 1-49.