



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Mención Asesoramiento Psicológico y Orientación

**Calidad de Vida Percibida y Estrategias de Afrontamiento en una muestra de
trabajadores con enfermedad ocupacional de una empresa de transporte
expreso de encomiendas.**

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la escuela de Psicología, como requisito
parcial para optar al título de licenciada en Psicología)

Tutora:
Josnil Rojas

Autora:
Yessenia Rincón

Caracas, Enero de 2013

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron posible, con su gran apoyo, la culminación del mismo, especialmente a:

La profesora Josnil Rojas: Por su gran paciencia, comprensión y ayuda invaluable y oportuna.

Los Licenciados: Isis Bolívar y José Eli Guerrero: por cederme los espacios y la información necesaria en cuanto al acceso a la población que se estudió en la presente investigación y confiar en mí, en cuanto a la ética y adecuado manejo de los resultados que se pudieran obtenerse en la investigación.

Dra. Yoliver Rodríguez; quien con sus conocimientos, experiencias y experticias, hicieron aportaciones significativas para la consecución de los fines perseguidos en la elaboración de la presente investigación, participando como Juez experto en la validación de contenido del instrumento que se adaptó.

AGRADECIMIENTOS

En este transitar por los caminos del conocimiento de la mente y la conducta humana, desde diferentes enfoques, me he encontrado con tropiezos, obstáculos, sinsabores; entrelazados con esperanzas, sueños y alegrías; emociones éstas que me acompañaron a lo largo de la carrera, llegando ahora al momento preciso en que deseo agradecer inmensamente a cada profesor (a) de la mención de asesoramiento y orientación, por el paso de cada uno de ellos en mi aprendizaje, que desde su propio campo me fueron formando como Profesional, forjando en mí el carácter y a su vez fomentando estas raíces humanistas, relacionadas con el enfoque holístico, que me han enseñado a ser un mejor ser humano, a tener mayor sensibilidad, a mirar las circunstancias que se nos presentan en la vida desde una perspectiva más positiva y a su vez me fueron enseñando y nutriendo tanto de sus conocimientos académicos como de sus propias experiencias en los diferentes procesos psicológicos.

Quiero Agradecer especialmente a:

A la Profesora Josnil Rojas, en primer lugar; por ser mi tutora y guía incondicional, siempre dispuesta para orientar, corregir, estimular e impulsar, demostrando verdadera preocupación por cada uno de sus alumnos, apasionada por lo que hace y fiel seguidora de lo que cree.

Al Profesor Oswaldo Vernet, por su gran empatía y sensibilidad humana, quien me ayudó a valorar la importancia de vivir en el aquí y el ahora y a sumergirme en el mágico mundo de la Gestalt de una forma apasionante.

A la Profesora Flor Obregón; de quien aprendí el verdadero sentido del compromiso que implica la palabra al comunicarnos y relacionarnos con los demás, lo cual he incorporado a los diferentes contextos de mi vida.

Calidad de Vida Percibida y Estrategias de Afrontamiento en una muestra de trabajadores con enfermedad ocupacional de una empresa de transporte expreso de encomiendas.

Yessenia Rincón

yessi_crr@hotmail.com

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

RESUMEN

La presente investigación es de carácter descriptiva-correlacional, parte de un diseño no experimental de corte transversal, cuyo objetivo general fue describir la relación existente entre la Calidad de Vida Percibida y las Estrategias de Afrontamiento presentes en trabajadores con enfermedad ocupacional de una empresa de transporte expreso de encomiendas. La muestra estuvo constituida por 50 trabajadores con edades comprendidas entre 21 y 59 años, hombres y mujeres. Se emplearon el instrumento de Calidad de Vida Percibida en Trabajadores con Enfermedad Ocupacional (Rincón y Rojas, 2012) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano, Rodríguez y García, 2007). Los resultados indican que la muestra se encuentra insatisfecha con las condiciones y situaciones de vida presentes en sus contextos laboral, familiar y comunitario, y en relación a las estrategias de afrontamiento se encontró que en los trabajadores predomina el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas. En cuanto a la correlación de Calidad de Vida Percibida y Estrategias de Afrontamiento, se observó que el uso de estrategias activas se correlaciona de forma significativa y positiva con una actitud de satisfacción con la vida, mientras que las estrategias pasivas o inadaptativas se relacionan de manera significativa y negativa con la satisfacción.

Palabras claves: *Calidad de Vida Percibida, Estrategias de Afrontamiento, Modelo Conceptual de Reimel y Muñoz, Enfermos Ocupacionales.*

ABSTRAC

The following investigation has a descriptive-co-relational nature, as part of a non-experimental cross section design, which overall objective was to describe the existent relation between the perceived quality of life and coping strategies present in workers with occupational disease of a company of express delivery of parcels. The sample consisted of 50 people aged between 21 and 59 years, both males and females. The instrument of Perceived Quality of Life in Workers with Occupational Disease (Rincon and Rojas, 2012) and Coping Strategies Inventory (Cano, Rodriguez and Garcia, 2007) were used. The results indicate that the sample is dissatisfied with the conditions and life situations in their present work, family and community contexts, and in relation to coping strategies a predominant use of inadequate strategies was found in workers. As for the correlation of Perceived Quality of Life and Coping Strategies it was observed that the use of active strategies is significantly related with a positive attitude and satisfaction towards life, while passive or maladaptive strategies are related in a significantly negative way with satisfaction.

Keywords: Perceived Quality of Life, Coping Strategies, Conceptual Model Reimel and Muñoz, Occupational Disease.

Índice de Contenido

	Pp.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
I INTRODUCCIÓN	1
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	4
III OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
3.1. Objetivo General	12
3.2. Objetivos Específicos	12
IV ANTECEDENTES	13
4.1. Calidad de Vida	13
4.2. Estrategias de Afrontamiento	17
4.3. Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento	19
V MARCO TEÓRICO	22
5.1. Calidad de Vida	22
5.2. Estrategias de Afrontamiento	27
5.3. Asesoramiento Psicológico	35
5.4. Enfermedad Ocupacional	38
5.4.1. Salud Ocupacional	41
5.4.2. Condiciones Laborales	43
5.5. Marco Legal	45

VI	MARCO METODOLÓGICO	50
	6.1. Tipo de Estudio	50
	6.1.1. Diseño	50
	6.2. Muestra	50
	6.3. Temporalidad del Estudio	51
	6.4. Contexto del Estudio	51
	6.4.1. Tipo de Empresa	51
	6.4.2. Actividad Económica	51
	6.4.3. Misión	51
	6.4.4. Visión	51
	6.4.5. Objetivo Empresarial	51
	6.4.6. Número de Trabajadores	52
	6.5. Variables	53
	6.5.1. Variable Independiente	53
	6.5.1.1. Presencia de Enfermedad Ocupacional	53
	6.5.2. Variable Dependiente	53
	6.5.2.1. Calidad de Vida Percibida	53
	6.5.2.2. Estrategias de Afrontamiento	54
	6.6. Instrumentos	54
	6.6.1. Calidad de Vida Percibida	54
	6.6.2. Estrategias de Afrontamiento	58
	6.7. Procedimiento	61
	6.8. Consideraciones Éticas	63
	6.9. Procesamiento y Tratamiento Estadísticos de los datos	64

VII	ANALISIS DE RESULTADOS	66
	7.1. Descripción de la Muestra	66
	7.2. Evaluación de la Calidad de Vida Percibida presente en Trabajadores con Enfermedad Ocupacional.	67
	7.3. Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento presentes en trabajadores con Enfermedad Ocupacional.	78
	7.4. Relación entre Calidad de Vida Percibida y las Estrategias de Afrontamiento presentes en trabajadores con Enfermedad Ocupacional.	84
VIII	DISCUSION DE RESULTADOS	87
IX	CONCLUSIONES	95
X	RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	97
XI	REFERENCIAS	99
	ANEXOS	110
	Índice de Tablas	ix
	Índice de Figuras	xii
	Índice de Anexos	xiii

Índice de Tablas

	Pp.
Tabla 1. <i>Escalas de las Estrategias de Afrontamiento Adaptado por Cano, Rodríguez y García (2007)</i>	31
Tabla 2. <i>Estructura Organizacional de la empresa donde pertenece la muestra</i>	52
Tabla 3. <i>Escala de Valoración de la calidad de vida percibida</i>	55
Tabla 4. <i>Adaptación del Instrumento de Calidad de Vida Percibida</i>	57
Tabla 5. <i>Contextos de Calidad de Vida Percibida</i>	58
Tabla 6. <i>Claves de Corrección</i>	60
Tabla 7. <i>Características Sociodemográficas de la muestra</i>	66
Tabla 8. <i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral Nivel 1 Físico-Material</i>	69
Tabla 9. <i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral Nivel 2 Relaciones Interpersonales</i>	69
Tabla 10. <i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral Nivel 3 Actividades</i>	70
Tabla 11. <i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral</i>	70
Tabla 12. <i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar Nivel Físico-Material</i>	72
Tabla 13. <i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar Nivel 2 Relaciones Interpersonales</i>	73
Tabla 14. <i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar Nivel 3 Actividades</i>	73
Tabla 15. <i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar</i>	74

Tabla 16.	<i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario Nivel 1 Físico-Material</i>	76
Tabla 17.	<i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario Nivel 2 Relaciones Interpersonales</i>	76
Tabla 18.	<i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario Nivel 3 Actividades</i>	77
Tabla 19.	<i>Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario</i>	77
Tabla 20.	<i>Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Resolución de Problemas (REP)</i>	80
Tabla 21.	<i>Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Autocrítica (AUC)</i>	80
Tabla 22.	<i>Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Expresión Emocional (EEM)</i>	81
Tabla 23.	<i>Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Reestructuración Cognitiva (REC)</i>	81
Tabla 24.	<i>Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Pensamiento Desiderativo (PSD)</i>	82
Tabla 25.	<i>Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Apoyo Social (APS)</i>	82
Tabla 26.	<i>Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Evitación de Problemas (EVP)</i>	83
Tabla 27.	<i>Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Retirada Social (RES).</i>	83
Tabla 28.	<i>Correlaciones para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral y las Escalas de Afrontamiento</i>	84

Tabla 29.	<i>Correlaciones para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar y las Escalas de Afrontamiento</i>	85
Tabla 30.	<i>Correlaciones para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario y las Escalas de Afrontamiento</i>	86

Índice de Figuras

Figura 1	Diagrama de caja y bigotes para los Niveles y el Contexto de Calidad de Vida Percibida Laboral	67
Figura 2.	Diagrama de caja y bigotes para los Niveles y el Contexto de Calidad de Vida Percibida Familiar	71
Figura 3.	Diagrama de caja y bigotes para los Niveles y el Contexto de Calidad de Vida Percibida Comunitario	74
Figura 4	Diagrama de caja y bigotes para las Estrategias de Afrontamiento presentes en los trabajadores	78

Índice de Anexos

Anexo 1.	Instrumento de Calidad de Vida Percibida de trabajadores con Enfermedad Ocupacional (CVP-TEO)	111
Anexo 2.	Inventario de Estrategias de Afrontamiento	119
Anexo 3.	Registro de Aplicación de los Instrumentos	121
Anexo 4.	Carta de Presentación expertos	122
Anexo 5.	Tabla de Estadísticos descriptivos de tendencia central, variabilidad y Distribución para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral	123
Anexo 6.	Diagrama Circular de frecuencias para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto laboral	123
Anexo 7.	Tabla de Estadísticos descriptivos de tendencia central, variabilidad y distribución para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar	124
Anexo 8.	Diagrama circular de frecuencias para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar	124
Anexo 9.	Tabla de Estadísticos descriptivos de tendencia central, variabilidad y distribución para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario	125
Anexo 10.	Diagrama circular de frecuencias para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario	125
Anexo 11.	Tabla de Estadísticos descriptivos de tendencia central, variabilidad y distribución para las Estrategias de Afrontamiento	126
Anexo 12.	Diagrama circular de frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento	126

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano ha permitido cambiar el mundo mediante la actividad laboral y con ella marca un paso importante en la evolución y desarrollo de la vida del hombre, si bien esta actividad es valorada como un hecho positivo que provoca compromiso, estabilidad y reorientación a nuevas metas, dándole un valor agregado a la calidad de vida percibida en sus diferentes niveles, también es cierto que el estrés es inevitable a lo largo del camino por lo cual es importante saber cómo hacerle frente a estos eventos amenazantes que puede traer consecuencias críticas que impactan en la salud, por ello uno de los objetivos de la psicología es influir en el funcionamiento psicológico de los individuos de manera beneficiosa y holística.

En este sentido, partiendo de las interacciones del hombre y su entorno, la calidad de vida ha sido objeto de estudio de un sin fin de autores y de diferentes posturas que nos ayudan a comprender la valoración que le dan los individuos a diferentes aspectos de su vida como laborales, sociales, académicos, emocionales, familiares y físicos haciendo referencia a la salud, que incide en su satisfacción desde una perspectiva multidimensional.

En el presente estudio se hace referencia a la enfermedad, más exactamente a la enfermedad ocupacional, la cual es producida por un riesgo laboral específico al que se expone el trabajador en su cotidianidad; donde su inicio puede estar solapado, su evolución se torna lenta y a la larga impacta negativamente en la salud en general y su calidad de vida.

Por ello la enfermedad ocupacional no sólo es percibida como una amenaza ante la posible pérdida de funciones necesarias para el bienestar personal sino también como un desafío ante las nuevas condiciones de vida, que implican cambios de hábitos, modificación de actividades laborales, sociales y alteración de las relaciones interpersonales.

En esta investigación la atención se centra en el estudio de dos variables como lo son la Calidad de Vida Percibida y Estrategias de Afrontamiento, ambas permiten conocer las percepciones que sobre sus condiciones y situaciones de vida

tienen un grupo de trabajadores con enfermedad ocupacional, así como las estrategias que usualmente activan para manejar el estrés causado por su estado de salud, para hacer frente a los cambios que adoptaron ante el diagnóstico de enfermedad ocupacional..

Por lo expuesto anteriormente, la presente investigación tendrá como objetivo general el describir la relación existente entre calidad de vida percibida y las estrategias de afrontamiento en una muestra de trabajadores con enfermedad ocupacional de una empresa de transporte expreso de encomiendas.

Este documento está conformado por los siguientes capítulos:

Capítulo II: Planteamiento del problema y justificación. En este apartado se contextualiza la pregunta de investigación y se argumenta el propósito de la investigación.

Capítulo III: Objetivos. Representa las metas generales y específicas que guiaron este trabajo de investigación.

Capítulo IV: Antecedentes. Se basa en la revisión de trabajos previos y relacionados al presente estudio los cuales fueron tomados como puntos de partida para el desarrollo de la presente investigación.

Capítulo V: Marco Teórico. En este se presenta una exposición de aquellos aspectos generales y más relevantes de las variables en estudio, Calidad de Vida Percibida y Estrategias de Afrontamiento, y la relación existente entre ambas.

Capítulo VI: Metodología. Se detalla el tipo de investigación, se describe la población que contempla la muestra, las variables a estudiar, instrumentos a aplicar, procedimientos, consideraciones éticas y por último el tratamiento estadístico de los datos obtenidos.

Capítulo VII: Análisis de Resultados. Se muestran los datos obtenidos por cada instrumento aplicado a cada variable en estudio.

Capítulo VIII: Discusión de Resultados. Partiendo de los datos obtenidos se lleva a cabo las interpretaciones con las que se pretenden dar respuesta a la pregunta de investigación.

Capítulo IX: Conclusiones. Se aprecia de forma global los resultados obtenidos en el proceso de la investigación, donde se destaca los aspectos más relevantes de la misma.

Capítulo X: Recomendaciones y Limitaciones. En este apartado se exponen las acciones que pueden implementarse ajustado al contexto del estudio, a su vez sugerencias que pueden considerarse en otros estudios y apertura a nuevas líneas de investigación, también se reflejan las dificultades que se presentaron en el desarrollo de la presente investigación, la cuales sirven como punto de referencia para ser tomadas en cuenta en estudios futuros.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad ha existido el trabajo como principal actividad productiva del ser humano, durante su desarrollo se han establecido diferencias que permiten caracterizar los diferentes modos de producción y determinar las relaciones sociales entre los hombres de cada época.

Es por ello que se considera al trabajo como una fuente esencial de la calidad de vida y a la vez un elemento relevante dentro de ésta, ya que permite satisfacer las necesidades materiales de cada individuo donde no puede verse sólo como un medio para producir o prestar un servicio, sino más bien un medio de vida, donde promueve la transformación del hombre, la autorrealización, contribuye a la creación de valores, mantiene contacto e interacciona con el entorno, donde el individuo aporta a su trabajo toda una vida de experiencias, con sus actitudes, expectativas y modos de comportamiento concomitantes.

Según Blum y Naylor (1982), el trabajo es un fenómeno complejo que en la actualidad no se puede considerar independiente del individuo que lo realiza. El trabajo adopta significados distintos para el individuo, el más importante es el significado intrínseco que tiene para él y para el grupo con quien él se identifica.

Dado el tiempo que las personas transcurren en su trabajo, debemos estar conscientes de las implicaciones y consecuencias que tiene en sus vidas. La Calidad de Vida en el Trabajo tiene repercusiones significativas en la calidad de vida familiar, de salud, en el equilibrio socio-emocional y afectivo que pueden lograr o no los seres humanos.

En relación a lo anterior se le otorga validez para cualquier tipo de relación laboral, ya sea un grupo de profesionales o de personas que tengan un oficio en determinado contexto, una micro organización u organizaciones grandes, donde las dinámicas y las relaciones entre las personas serán diferentes en cada caso, dado que existe un nexo íntimo entre la estructura organizacional y los procesos psicosociales inherentes a la misma.

Es así como el contexto organizacional y estructural que componen la realidad del trabajo en la sociedad no sólo produce beneficios a aquél que en el se

desenvuelve, sino que debido a la economía cada vez más competitiva y global se demandan más horas de trabajo o de tiempo a disposición de la empresa, y en consecuencia, mayor fatiga y menor tiempo de descanso y ocio para el empleado.

Partiendo de esto ocurren hechos como situaciones de trabajo repetitivas, donde el ritmo de éste es mayor, las funciones correspondientes al puesto de trabajo no están bien definidas generando multiplicidad de funciones, se intensifica la carga laboral tornando el ambiente estresante, generando riesgos a la salud de los trabajadores la cual se degrada progresivamente en el entorno productivo haciendo que la incidencia a desarrollar una enfermedad ocupacional sea mayor, donde la adaptabilidad a esta condición adquirida, requerirá de un alto grado de conductas de afrontamiento eficaces para hacerle frente por parte del sujeto. (Rodríguez, Pastor, López, 1997).

En relación con esta materia, la situación mundial y de América Latina en la actualidad según la OIT (2010), indica que anualmente existen 337 millones de accidentes laborales, 190 millones de enfermedades ocupacionales con ello 2,3 millones de muertes al año en donde 358 mil refieren a accidentes laborales mortales y 1,9 millones son causadas por enfermedades ocupacionales, lo que se aproxima a un promedio diario de 6.300 muertes a causa de actividades laborales.

En continuidad con el panorama mundial la Organización Internacional del Trabajo, (OIT, 2010) agrupa las causas de mortalidad por trabajo de la siguiente manera: 32% por cáncer ocupacional, 23% enfermedades cardiológicas relacionadas con el trabajo, 19% por accidente laborales, 17% enfermedades transmisibles en el trabajo y otras con una representación del 9% (renales, mentales, respiratorias, gastrointestinales).

Sin embargo en cuanto a las patologías relacionadas a los factores de riesgo ocupacional la OIT (2010) hace mención a los dolores de espalda con un 39%, pérdida auditiva 17 %, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 14%, asma 11%, cáncer 11% y un 8 % adjudicado a las lesiones.

Por otro lado la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2007), indica que en América Latina el impacto de las enfermedades ocupacionales, en cuanto a

trabajadores con discapacidad permanente, es 12 veces mayor que en países desarrollados y, en cuanto a muertes por esta causa es 10 veces más mayor. También se estima que de 20 a 80 millones de trabajadores padecen consecuencias de sus actividades laborales ya sea por lesión o por estar diagnosticados por enfermedad ocupacional y señalan que del 20% al 40% de la población no poseen los recursos económicos suficientes para alcanzar una vida saludable, aminorando su calidad de vida.

Lo expuesto anteriormente va en concordancia con lo publicado por el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH 2004), el cual refiere que los trabajadores hispanos en Estados Unidos tienen un riesgo mayor del 25% de morir que los trabajadores nativos de ese país a causa de accidentes laborales o enfermedades ocupacionales, lo cual se relaciona con lo publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2008), y los factores sociales determinantes de la salud, donde arroja un dato importante en cuanto a la mortalidad a causa del trabajo y es que en aquellos trabajadores temporales o con un alto índice de rotación laboral, la mortalidad es más alta en comparación de aquellos que poseen un trabajo estable en el tiempo.

Adentrándonos en la situación de los trabajadores en Venezuela según estadísticas del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad laborales (INPSASEL), se puede afirmar que el ascenso se torna alarmante en cuanto a enfermedades ocupacionales se refiere, las cifras registradas en el 2002 refleja un total de 1.157 casos, en el 2004 se registraron 1.339 y por último el año 2009 cerró con un total de 1.904 casos diagnosticados, se estima que la tasa de morbilidad es de 26 por cada 100.000 trabajadores, donde el 76% de enfermedades diagnosticadas corresponde al grupo músculo esquelético, el 14% mental y de comportamiento y el 13% a afecciones pulmonares.

Si bien estas estadísticas en ascenso son un reflejo de una realidad, y en donde están expuestas todas las personas que se desenvuelven dentro del ámbito laboral, podemos hacer mención de esta realidad en un contexto más pequeño, como lo es la empresa donde se desarrolló la investigación, siendo las cifras registradas para el inicio de esta investigación de 50 casos de enfermos ocupacionales,

representando el 14% de los trabajadores que allí se desempeñan y a la fecha existe una incidencia de 8 casos, haciendo un total de 58 casos con enfermedad ocupacional.

El presente trabajo toma relevancia debido a que ante la aparición de la enfermedad en los individuos ésta influye modificando sus expectativas y esperanzas de vida, así como también las metas trazadas pueden verse entorpecidas creando situaciones de crisis y deterioro en su calidad de vida, la cual, tiene un impacto estresante produciendo desequilibrio en la vida del que la padece, sin embargo, desde nuestro carácter de promotores de la salud mental y de las competencias del Asesor Psicológico el norte ante cualquier problemática es el desarrollo del individuo de forma integral (Guevara, 2000).

Es por ello que el asesoramiento psicológico facilita el funcionamiento vital, personal e interpersonal de los seres humanos, abarca una amplia gama de intervenciones que ayudan a las personas a incrementar su bienestar, así como también a aliviar problemas adaptativos, resolver conflictos, para aumentar la calidad de vida y así vivir una vida más funcional. (APA www.div17.org/, 2004).

De tal manera, partiendo de lo expuesto anteriormente, en búsqueda de nuevas herramientas de abordaje ante esta problemática y desde la perspectiva integradora del asesoramiento psicológico, enmarcado en su carácter holístico se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la Calidad de Vida Percibida y las Estrategias de Afrontamiento en una muestra de trabajadores con Enfermedad Ocupacional, de una empresa de transporte de encomiendas?

Cuando hablamos de enfermedades ocupacionales, nos referimos al riesgo presente en toda actividad económica donde actúe directa o indirectamente el ser humano, dadas por aquellas condiciones de trabajo no aptas o situaciones estresantes dentro de este contexto, donde la probabilidad de causar daño a la salud y al proceso de producción son altas debido a que el origen de ésta es "invisible" por su relación causa – efecto ante largas jornadas laborales en el tiempo.

En este sentido Rodríguez, Pastor y López (1997), indican que el estado de salud es un factor determinante para la calidad de vida de la persona e igualmente para su estado de salud. Es por eso que en algunos estudios la salud es considerada por los individuos como el factor más importante de la felicidad y que su satisfacción relacionada con esta, es uno de los indicadores más fuertes de la satisfacción vital junto a otros contextos como los familiares, laborales e interpersonales (Moyano y Ramos 2007).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud en 1948, definió a la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no sólo ante la ausencia de enfermedad; es por ello que se considera que el proceso de salud-enfermedad afecta directamente la calidad de vida de los sujetos en conjunción con las experiencias y expectativas personales que intervienen en éste, es decir, si comparamos dos personas con el mismo estado de salud tienden a percibir su calidad de vida desde una tónica distinta ante el mencionado proceso, lo cual se torna atractivo para el desarrollo de nuevas investigaciones permitiendo aportes en pro del mejoramiento de la calidad de vida de los individuos.

La Organización Mundial de la Salud en 1994, define a la Calidad de Vida como la percepción personal de un individuo ante su situación en la vida, dentro del contexto natural y de los valores que vive, relacionado con sus objetivos, expectativas, e intereses.

Por otro lado Reimel y Muñoz (1992), se refieren a la calidad de vida percibida como una actitud de satisfacción que se manifiesta a través de las opiniones evaluativas del individuo, las cuales reflejan un conjunto de creencias afectivas dirigidas hacia la totalidad de la vida o aspectos específicos de ella. Aquí no sólo se le da importancia a la parte objetiva de este constructo sino que también pone de relieve la valoración subjetiva a través de la evaluación interna que hace cada individuo, lo cual resulta útil para estudiar diversidades de poblaciones tanto enfermas como sanas desde una perspectiva holística.

En este sentido, se han llevado a cabo estudios relacionados a la calidad de vida en diferentes ámbitos, y sobre todo ha habido un gran énfasis en estudios enmarcados a lo que el proceso de salud-enfermedad respecta, tales como Calidad de

Vida en pacientes con dolor crónico (Fernández, 2003); Calidad de Vida en pacientes con Hipertensión (Roca-Cusachs Coll, 2003); Cáncer y Calidad de Vida (Font, 1994), Calidad de Vida en pacientes Neurológicos (Hernández, 2000), Calidad de Vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva (Lisboa, Villafranca, Caiozzi, 2001), teniendo como común denominador el deterioro en la calidad de vida percibida ante la condición de enfermos.

Sin embargo, en cuanto a investigaciones de salud relacionadas al contexto ocupacional en nuestro país son pocas, una de ellas es la realizada por Cárdenas y Cols. (1998), acerca de la Aproximación al Estudio de la Calidad de Vida de los discapacitados por Accidente de Trabajo, en éste, se evidenció que los trabajadores con lesiones de carácter permanente y la adaptabilidad a su nueva condición física impactan negativamente en la autoestima, auto confianza, creencias positivas y otros factores de personalidad, ya que minimiza de forma significativa las potencialidades del trabajador, convirtiendo el suceso en una situación estresante, afectando su cotidianidad, y viéndose perturbado en los diferentes ámbitos de su vida. Estas condiciones antes descritas, se traducen en un deterioro de la calidad de vida, por cuanto se ven obligados a modificar aspectos biológicos, sociales, ambientales y psicológicos de su vida para adaptarse a su nueva condición.

La revisión de investigaciones nacionales e internacionales ponen en evidencia el valor que la salud tiene para la calidad de vida, como componente de ésta y el efecto que causa su pérdida (enfermedad), siendo percibida ésta como un suceso estresante que vulnera de forma significativa la satisfacción con vida, produciendo la ruptura de su equilibrio y del modo de vida habitual, poniendo al sujeto en la necesidad de afrontarla, en donde la eficacia con que utilice las estrategias de afrontamiento juega un papel importante ya que de éstas dependerá la adaptación y ajuste del sujeto.

Es por lo anterior que los determinantes psicológicos de la Calidad de Vida constituyen una demanda de investigación científica, donde la psicología juega un papel crucial en delimitar sus dominios, establecer sus determinantes, elaborar técnicas para su evaluación y determinar los programas de intervención en orden al

logro de obtener un mejor nivel de calidad de vida para el individuo y la sociedad (Moreno y Ximénez, 1996)

Desde esta perspectiva el asesoramiento psicológico toma relevancia en el desarrollo de esta investigación ya que está estrechamente vinculado a la salud, seguridad social, proceso de satisfacción de necesidades, deseos, para lograr de esta manera acciones conjuntas, promoviendo el potencial humano de cada individuo con el único fin de lograr la integridad en la totalidad del mismo. (Casado, 1987).

En el mismo orden de ideas, Casado (1987), alude a concebir el proceso de asesoramiento de forma integral, en el sentido de que todo ser humano necesita ayuda profesional en aquellos momentos de crisis que deba afrontar, siendo la función del asesor centrarse en la persona, en su bienestar total sin distinciones ni condiciones, contemplando variables que van más allá del campo del asesor psicológico, con una postura más amplia, no sólo limitándose a aspectos vocacionales o educativos, sino abarcando también los aspectos de desarrollo evolutivo del individuo en sus diferentes etapas.

Por otro lado, partiendo del Modelo de Morrill, Oetting y Hurst, (1974), donde se señala que tradicionalmente el destinatario de la orientación ha sido el individuo y ésta se ha circunscrito al ámbito escolar, sin embargo la concepción moderna de la orientación la cual es preventiva, orientada al desarrollo y de enfoque ecológico sistémico señala la importancia de intervenir en diferentes contextos sociales en donde el individuo se desenvuelve ya sea interviniendo en grupos primarios, asociativos o institucionales.

Dentro de este marco, y partiendo de las evidencias expuestas, que dan como resultado una menor calidad de vida ante situaciones en donde la salud se ve seriamente comprometida, reflejando las estadísticas mundiales y nacionales que reportan una tendencia en ascenso significativa, y a las pocas investigaciones que se han realizado en el área de salud ocupacional en nuestro país, refieren que en sus consecuencias se deben contemplar procesos de los efectos sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de los trabajadores en sus diferentes contextos, lo cual, abre paso a los diferentes campos de acción del asesor psicológico enmarcado en la

concepción de que el ser humano confluye en el bienestar humano en su forma más amplia haciendo un gran énfasis en lo antes descrito.

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. Objetivo General:

Describir la relación existente entre calidad de vida percibida y las estrategias de afrontamiento en una muestra de trabajadores con enfermedad ocupacional de una empresa de transporte expreso de encomiendas.

3.2. Objetivos Específicos:

- Describir la calidad de vida percibida en una muestra de trabajadores con enfermedad ocupacional.
- Identificar las estrategias de afrontamiento de trabajadores con enfermedad ocupacional.
- Identificar la asociación existente entre calidad de vida percibida y las estrategias de afrontamiento, de una muestra de trabajadores con enfermedad ocupacional.

IV. ANTECEDENTES

En el presente apartado se exponen estudios previos llevados a cabo tanto a nivel nacional como internacional, en donde de alguna u otra manera se vinculan con el desarrollo del presente estudio donde se podrá observar la evolución conceptual de las variables en estudio.

4.1. Calidad de Vida

El estudio desarrollado por Reimel y Muñoz (1990), se basó en la construcción de un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida. La medición de ésta se realiza considerando dos dimensiones, la social referida a los elementos o condiciones presentes en cada contexto (Laboral, Familiar, Comunitario), y la psicosocial referida a los niveles de satisfacción producto de la distancia que existe entre la evaluación perceptual sobre estos elementos y las aspiraciones y expectativas relacionadas a los mismos.

Se presenta el anterior estudio debido a que está estrechamente relacionado con el enfoque y bases teóricas del constructo de calidad de vida percibida a utilizar, siendo el punto de partida para el desarrollo de esta investigación.

En Chile, Moyano y Díaz (2007), desarrollaron un estudio cuyo propósito fue evaluar el bienestar subjetivo a través de sus componentes cognitivo (satisfacción general y por dominios), afectivo (felicidad) y de salud. Estos componentes fueron relacionados con las variables socio demográficas de la muestra compuesta por 927 personas, con edades entre los 17 y 77 años, hombres y mujeres, cuya ocupación estaba compuesta por: profesores de educación general, básica y media; empleados municipales; empleados de comercio o particulares; trabajadores agrícolas; funcionarios de consultorios públicos de salud y estudiantes universitarios.

Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Felicidad Subjetiva (EFS) (Lyubomirsky, 1999), Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), y por último, el Índice de calidad de vida relativo a la salud

(ICVRS, de Hennessy et al. 1994). Adicionalmente, se agregaron y administraron 4 reactivos tipo likert para evaluar creencias acerca de cuatro fuentes de felicidad: la familia, el trabajo, el ocio y los amigos.

Los resultados muestran que en general las personas están satisfechas con su vida, siendo la familia la principal fuente de felicidad. Se encontró que las personas casadas se encuentran más felices y satisfechas que las solteras, y que las personas jóvenes presentan menor nivel de felicidad y satisfacción que las personas mayores. Respecto a la autoevaluación de salud según grupos ocupacionales, se observa que los profesores básicos y medios de escuelas y liceos particulares muestran puntajes promedios superiores y significativos en salud por sobre aquellos de los profesores básicos y medios de escuelas y liceos municipales, empleados públicos y municipales, empleados de comercio y trabajadores agrícolas. De los 7 grupos ocupacionales, este último grupo laboral es el que reporta la peor auto-evaluación de salud en toda la muestra.

Uno de los hallazgos principales fue la existencia de una relación directa y significativa entre felicidad, autoevaluación de salud y satisfacción vital.

Esta investigación es un ejemplo de como los componentes subjetivos (Cognitivos y Afectivos) son indicadores significativos para la evaluación de la satisfacción vital y la felicidad junto a la evaluación de la salud. De igual forma se toma como referencia la importancia de la familia y la interacción con los individuos traducido a apoyo social, lo cual contribuye significativamente al grado de satisfacción del mismo.

En esta línea de ideas, Rojas y Reimel (2001) en un estudio descriptivo que se basó en examinar la calidad de vida percibida de 109 trabajadores de dos museos del área metropolitana de Caracas por medio del Modelo Conceptual desarrollado por Reimel y Muñoz (1990), consideró evaluar contextos tales como el Laboral, el Familiar y el Comunitario, distribuyendo los ítems en tres niveles: el físico/material, el de relaciones interpersonales y el de actividades, característicos a cada uno de esos contextos.

Los análisis se hicieron en función de las variables sociodemográficas edad, género y cargo. Los resultados obtenidos revelaron una interferencia negativa del contexto laboral sobre el familiar, lo que quiere decir que el contexto familiar ejerce el mayor peso sobre la Calidad de Vida Percibida General.

Las autoras concluyeron en la necesidad de una revisión de ciertas condiciones laborales que afectan la vida familiar de los trabajadores de los museos, al igual que las condiciones físicas/materiales de los tres contextos ya que estos indican los índices más altos de insatisfacción.

De esta investigación se desprenden elementos relevantes que complementan la validez del cuestionario de Calidad de Vida Percibida adaptado y utilizado para la población en estudio de esta investigación.

En un estudio de campo realizado por Hernández-Ponce y Reimel (2004), donde el objetivo general fue medir y evaluar la Calidad de Vida percibida por 314 jefes (as) de familia, residentes en tres barrios pobres de Caracas (Parroquia La Vega, Macarao y Altigracia) sujetos a proyectos de mejoramiento urbano, se realizó una adaptación del instrumento desarrollado por Reimel (1994a). Los resultados indicaron que los factores personales tienen mayor peso en el nivel físico-material del mesosistema y que los factores ambientales prevalecen en la evaluación los microsistemas (contextos).

De este estudio de campo se destaca la importancia que tiene la Calidad de Vida Percibida como una propiedad de la relación entre las personas y sus ambientes, ya que partiendo de los resultados de los entrevistados éstos aludían que su calidad de vida también dependía, de la situación del país, del gobierno o de la actuación de las organizaciones comunitarias.

Otro estudio llevado a cabo por Reimel y Jiménez (1997) cuyo objetivo fue identificar diferencias entre la evaluación hecha por los residentes de una comunidad cooperativa venezolana sobre su Calidad de Vida personal y Calidad de Vida Nacional, tomaron aleatoriamente 105 habitantes como muestra (54 hombres, 51 mujeres) y se les administró una versión modificada del cuestionario de Reimel de

Carrasquel (1991), compuesto por 114 ítems correspondientes a múltiples aspectos ambientales.

Las autoras presentan a la calidad de vida como la propiedad de las personas al experimentar las situaciones y condiciones de sus ambientes de vida dependientes de las interpretaciones y valoraciones que hacen éstas de los aspectos objetivos de su entorno.

Los resultados demuestran diferencias significativas entre la evaluación de la Calidad de Vida nacional, personal y comunitaria, apreciándose asociaciones significativas entre las variables sociodemográficas y la evaluación de la Calidad de Vida personal como propiedad de la persona y no del ambiente; esto implica que la persona utiliza sus propios criterios en la evaluación de su medio ambiente.

Por otro lado, partiendo de que la salud también es un indicador que influye en la calidad de vida del sujeto Swartzmann (2003), hace una revisión teórica resaltando la importancia del concepto de calidad de vida relacionado con la salud como un aporte fundamental en la evaluación de resultados en salud, al haberse tornado insuficientes las medidas tradicionales de morbi mortalidad y expectativa de vida. Se destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso.

Se discuten los aspectos conceptuales del constructo, sus alcances y sus limitaciones, así como su desarrollo histórico a partir de tres tradiciones básicas, la investigación del concepto de felicidad en la psicología, la de indicadores sociales en la sociología y la investigación del estado de salud en las ciencias médicas. Se señala asimismo la relatividad histórico-cultural del concepto así como la variabilidad de las prioridades en distintos momentos de la vida.

Se expone finalmente un modelo conceptual, donde la autora sugiere que debería valorarse empíricamente permitiendo el diseño científico de intervenciones destinadas a promover el bienestar psicosocial, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Esta revisión teórica apunta no solo a los aspectos biológicos de la enfermedad (signos, síntomas), sino también hacia un modelo integral bio-psico-social que, además de tomar en cuenta todos los aspectos clínicos relevantes,

considera a los factores psicosociales fundamentales para promover la calidad de vida de las personas con algún tipo de enfermedad de la mejor manera posible.

4.2. Estrategias de Afrontamiento

A continuación se presentan diversas investigaciones relacionadas al estudio de las estrategias de afrontamiento, las cuales tienen en común el uso del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006), el cual permite un abordaje teórico y metodológico en la consecución de los objetivos del presente estudio enmarcadas en la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984).

Un estudio llevado a cabo en España por Cataño y León del Barco (2010), tuvo como objetivo principal describir la relación entre los estilos de conducta interpersonal y las estrategias de afrontamiento, desde la perspectiva de la teoría interpersonal de la personalidad, centrando el análisis sobre los conceptos de estilos y estrategias de afrontamiento. Para ello se evaluaron las estrategias de afrontamiento en una muestra de 162 estudiantes universitarios, tanto desde un enfoque situacional como general (disposicional), y se analizó su relación con el estilo de conducta interpersonal autoinformado. Se emplearon las Escalas de Adjetivos Interpersonales y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes en ambas situaciones, y correlaciones significativas entre los estilos interpersonales característicos y las estrategias de afrontamiento. Se encontró que la estrategia más utilizada fue el apoyo social seguida de la resolución de problemas, mientras que la menos utilizada fue la retirada social seguida de la evitación de problemas. Los resultados fueron similares tanto para las estrategias utilizadas de forma general (disposicionales) como ante estrés interpersonal.

Escalante y Rivas (2008), realizaron una investigación de tipo descriptivo transversal, con una muestra constituida por 50 personas con diabetes Mellitus tipo 2 que acudieron a control en la consulta externa del Centro de Salud Regional de Capacitación No. 1., Tierra Colorada, de Villahermosa, Tabasco México. Con edades

entre los 20 y 59 años, hombres y mujeres con más de un año de haber sido diagnosticados con DMT2.

La hipótesis manejada en el estudio fue que el curso de la enfermedad se relaciona con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los pensamientos y sensaciones ante el tratamiento y el futuro, por lo que el objetivo principal fue conocer las estrategias de afrontamiento adecuadas e inadecuadas presentes en las personas con DMT2. Se aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006).

Los resultados arrojaron que el 48% de la muestra presentaron estrategias de afrontamiento adecuadas (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional), mientras que el 52% utilizaba estrategias de afrontamiento inadecuadas (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social). Estas estrategias inadecuadas impedían que los adultos con DMT2 afrontaran su enfermedad y efectuaran acciones de control.

El objetivo del estudio realizado por Martínez-Correa y Reyes (2006) fue analizar, en una muestra de 200 estudiantes universitarios del primer curso de la licenciatura de Psicología de la Universidad de Jaen (166 mujeres y 34 varones), la asociación entre el optimismo/pesimismo disposicional y diferentes categorías de síntomas somáticos autoinformados, y evaluar la posible mediación de las estrategias de afrontamiento del estrés en esta vinculación.

Los resultados indicaron que: 1) el pesimismo está positivamente relacionado con el informe de síntomas físicos, mientras que el optimismo está asociado negativamente con las quejas somáticas; y 2) esta vinculación puede ser explicada principalmente por la utilización diferencial de la estrategia de afrontamiento denominada autocrítica (característica del pesimismo).

Los cuestionarios administrados en este estudio fueron el Test de orientación vital-Revisado (LOT-R) de Scheier, Carver y Bridges (1994) en su versión española (Otero, Luengo, Romero, Gómez-Fraguela y Castro, 1998), el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984) en su

versión española (Otero et al, 1998) y la Escala de síntomas somáticos-Revisada (ESS-R) de Sandin y Chorot (1991) (véase Sandin, Valiente y Chorot, 1999). Se confirmó que el pesimismo disposicional está relacionado con un peor estado de salud física, en comparación con el optimismo disposicional. En esta relación la eficacia de las estrategias de afrontamiento del estrés fue considerada como un mecanismo mediador.

En una investigación llevada a cabo en México por Rubiños (2012), la cual consistió en evaluar el estrés, la ansiedad y estilos de afrontamiento de padres de familia de neonatos y niños que se encontraban hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del Hospital de la Niñez Oaxaqueña, se administraron 3 instrumentos, para medir los niveles de estrés se aplicó la “Lista de verificación de adjetivos de estrés y activación”, de King Burrows y Stanley (1983) traducida y adaptada a la población mexicana por Rosa P.J. Ortega Andeane, para medir los niveles de ansiedad se aplicó el “Inventario de Ansiedad Rasgo Estado” (IDARE) de Charles D. Spielberg y R.L. Gorsuch, y por último para evaluar las estrategias de afrontamiento se aplicó el “Inventario de Estrategias de Afrontamiento” (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006). Se encontró que la evaluación de los padres (6 de 7 participantes) correspondiente a los niveles de estrés son bajos, los niveles de ansiedad son altos en toda la muestra, en su mayoría utilizaban estrategias de afrontamiento adecuadas, según sus respuestas el 57% recurría a la resolución de problemas confrontándolos y el 71% el apoyo social. Se resalta que el participante que utiliza estrategias de afrontamiento inadecuadas (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social) es el mismo que presentó elevados niveles de estrés, aunado a elevados niveles de ansiedad y además corresponde al niño que en ese momento llevaba más tiempo interno en la UCI.

4.3. Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento

En una investigación llevada a cabo por Paris y Omar (2009), se planteó identificar las estrategias empleadas por los profesionales de la salud para afrontar el estrés asistencial y explorar su asociación con el bienestar subjetivo. Se trabajó con

una muestra de 196 profesionales argentinos, quienes respondieron las escalas de Afrontamiento Asistencial y de Bienestar Subjetivo. Los análisis descriptivos y correlacionales indicaron que los médicos emplean estrategias focalizadas en la emoción con más frecuencia que los enfermeros; que los profesionales varones privilegian las estrategias emocionales, y que tanto las estrategias de resolución de problemas como las de distanciamiento muestran fuertes asociaciones con el bienestar subjetivo. Esta última evidencia amerita reclasificar las estrategias de distanciamiento e incluirlas entre los recursos salutogénicos, ya que reveló ser una contribución significativa al bienestar subjetivo.

De esta investigación se rescata que no sólo existen situaciones en el día a día que se perciben como estresantes y que al experimentarlas ocasionan diferentes niveles de estrés que pueden llegar a vulnerar su equilibrio y bienestar psicológicos, sino además que el estrés vivenciado en el ámbito laboral, repercute sobre la calidad del trabajo, el nivel de compromiso organizacional y el grado de satisfacción laboral, impactando todo esto la calidad de vida en general.

Por otro lado, un estudio que pretendió medir la calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor (UTD) fue realizada por Torre F., Martín, J., Callejo A., La Torre S., Esteban I., Vallejo R., Arizaga A. (2008). La muestra estuvo conformada por 119 pacientes. Los resultados mostraron que los pacientes reportaron una mejoría significativa en los dominios rol físico, dolor corporal y vitalidad del SF-36 al cabo de 6 meses de su paso por la UTD. Se observó una tendencia a la disminución en la intensidad del dolor y en la sintomatología depresiva, sin embargo la sintomatología ansiosa tendió al aumento. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra eran las activas. Se encontró una asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor. Dentro de los grupos diagnósticos el grupo de fibromialgia y de dolor osteoarticular presentó peor evolución, tanto en parámetros de intensidad de dolor, como en sintomatología ansiosa y depresiva.

Por último, Acosta, Chaparro y Rey (2008), llevaron a cabo un estudio que consistió en la comparación de la Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento en

120 pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, teniendo en cuenta la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. Los instrumentos utilizados fueron una ficha sociodemográfica, la prueba de calidad de vida WHOQOL-100 (Organización Mundial de la Salud, 1998) y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1985). Se encontró que los pacientes en tratamiento de trasplante reportaban mayor calidad de vida y mejores estrategias de afrontamiento en comparación con los otros tratamientos, siendo mayores las puntuaciones en personas con edad de transición entre adultez media y tardía, mujeres, universitarios, casados y empleados.

De las investigaciones anteriores se desprende la importancia del manejo adecuado de las estrategias de afrontamiento, ya que dependiendo del grado en que se ejecuten conductas de afrontamiento eficaces la adaptabilidad del sujeto a su nueva condición será más o menos fácil, incidirán en la disminución o aumento del estrés ante la situación percibida como amenazante y facilitando o no el equilibrio del individuo, afectando esto su calidad de vida global.

V. MARCO TEÓRICO:

5.1. Calidad de Vida

Cuando hablamos de calidad de vida, podemos hacer referencia a la cantidad de contextos en donde este concepto se ha empleado y a su vez evolucionado al correr de los años, ha tenido cabida en ámbitos como la economía, la política, la educación, la salud, el trabajo, despertando el interés de un sin número de investigadores, quienes se han avocado a estudiar a profundidad el carácter multidimensional de ésta.

Debido a la preocupación reinante por la industrialización de la sociedad, destinado a medir el nivel de vida de la población en sus diferentes dimensiones, en los años 50, la calidad de vida era la forma en cómo se definía la satisfacción de la población considerando para ello las necesidades globales que éstos presentaban, por medio de un sistema de indicadores construido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU 1954) (Tonon, 2005).

Sin embargo, el sistema de “indicadores sociales estadísticos” se tornó polémico para aquel entonces por las diferentes investigaciones realizadas, donde se alegaba, que los datos objetivos arrojaban información sesgada, ya que limitaba la verdadera apreciación de las situaciones o condiciones de las evaluaciones que podría hacer un individuo o grupo social (Reimel y Muñoz, 1990).

Posteriormente en la década de los 70, toma forma el concepto de calidad de vida, partiendo de los esfuerzos de diversos investigadores y en reforma al tradicional concepto de bienestar, abriendo paso a los componentes subjetivos que más tarde serían considerados componentes psicosociales, y al finalizar la década de los 80, el concepto de calidad de vida se torna un concepto integrador y con carácter multidimensional, ya que empieza a comprender en su totalidad las diferentes dimensiones de la vida de los individuos.

De esta manera podemos decir que la calidad de vida es un concepto que ha madurado con el tiempo y en la actualidad es considerado un tema de investigación

de suma importancia en diferentes contextos, donde las condiciones de vida influyen de manera significativa en las percepciones que los individuos tienen de ésta en su concepción más global. Los diferentes estudios remiten a su vez al entorno material (bienestar social) y al entorno psicosocial (bienestar psicológico) integrando mediciones psicológicas, psicosociales, de percepción y evaluación de las propias experiencias de los sujetos (Tanon, 2005).

Según Casullo y sus colaboradores (2002) el bienestar psicológico tiene varias acepciones, inscritas en marcos teóricos no siempre claros y sin alcanzar, aún hoy, un consenso.

Para Veenhoven (1991), este término puede definirse como el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables. La evaluación que realiza el sujeto depende de tres componentes, a saber:

- a) Los estados emocionales (positivos-negativos).
- b) El componente cognitivo (procesamiento de información que las personas realizan acerca de cómo les fue o les está yendo en su vida).
- c) Las relaciones vinculares entre ambos componentes. En este sentido, la literatura sobre el tema permite apreciar al bienestar psicológico como un constructo triárquico (Casullo y col., 2002).

Por otro lado, la definición manejada por la OMS, en cuanto a calidad de vida se refiere, argumenta lo siguiente:

"Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes" (OMS, 1994)

Este concepto refleja las influencias que ejercen las valoraciones subjetivas que realiza el individuo respecto a su entorno social, donde a su vez convergen valoraciones respecto a la salud, autonomía, independencia, estado psicológico, apoyo social, los cuales serán los determinantes en la calidad de vida del mismo.

Por otro lado Jalowiec (1990), sugirió la existencia de componentes primarios que afectan la calidad de vida y entre los que se incluyen salud, referida a la capacidad funcional y la satisfacción por la vida.

Sin embargo, Patrick y Erikson (1993) definen la calidad de vida como el valor asignado a la duración de la vida, modificada por las oportunidades sociales, la percepción, el estado funcional que puede ser influenciada por la enfermedad traumatismos o tratamientos. En su medición incluye las funciones físicas, estado psicológico, síntomas somáticos tales como dolor, funciones sociales incluyendo las familiares, funciones sexuales, ocupacionales y posiblemente estado financiero.

En la actualidad son numerosas las investigaciones dedicadas a la evaluación de la calidad de vida que emplean este concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Lugones, 2002), sino también a su entorno familiar (Moro, 1997), y donde la adaptación constituye un factor significativo para el mantenimiento de un nivel razonable de calidad de vida (Lugo y col., 1998).

En esta línea de ideas Schwartzmann (2003), argumenta que la percepción de las personas sobre su propio estado de salud será condicionada por los valores y creencias, contexto cultural e historia personal, siendo una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción con su situación física, estado emocional, vida familiar y social.

En otro orden de ideas, Minayo y cols. (2000), señalan la relatividad del concepto de calidad de vida, el cual posee tres marcos de referencia: *histórico*, donde cada sociedad tiene parámetros de este constructo en distintos momentos históricos; *culturales*, dependientes de sus tradiciones culturales, y *clase social*, donde las expectativas que cada uno tiene están en estrecha relación con los niveles económicos, educacionales y oportunidad de acceso.

Sin embargo, Requena (2000) hace distinción a dos tipos de indicadores de calidad de vida: *los objetivos y subjetivos*. Los primeros hacen referencia a las condiciones que pueden ser percibidos y medidos por un observador externo sin

referencia a los individuos como tal; y los segundos, son accesibles pidiendo a los interesados que expresen sus juicios, opiniones o creencias sobre su propia situación o la de otros que se encuentran cerca de ellos.

Por consiguiente Ardilla (2003), propone una definición integradora, refiriéndose a la calidad de vida como un “estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona”, aunque coincide con Requena (2000), en cuanto a los indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida, este autor agrega otros elementos a cada uno de ellos dentro de su visión integradora.

Incluye como aspectos subjetivos los siguientes: intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida; e incluye a las relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad, además también le da cabida a la salud desde una postura objetiva, en donde la evalúa desde una posición separada.

Ambos conceptos resaltan aspectos tanto objetivos como subjetivos relacionados al bienestar, y a su vez, a la calidad de vida, ésta última también ha tenido connotaciones relevantes a lo que a salud refiere, ya que en un inicio hacía referencia a la salud personal, luego se incluye salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, cotidiana y la propia salud. (Schwartzmann 2003).

Por su parte, Nussbaum y Sen (1996), también presentan una propuesta multidimensional sobre la calidad de vida. Estos afirman que es un proceso dinámico de un hogar o persona determinados, que cambia de forma casi imperceptible y de manera constante.

Por ende, la calidad de vida se concibe como un concepto multidimensional que abarca todas las áreas de la vida, tanto los aspectos objetivos como los componentes subjetivos e incluso destacando éstos últimos, por ser considerados por algunos autores como un elemento clave para el desarrollo satisfactorio de cada individuo. (Castellón y Romero, 2004).

Hernández-Ponce y Reimel (2004), analizan la calidad de vida desde la participación comunitaria, para determinar si es una propiedad de la persona, del ambiente o de la interrelación entre ambos. Concluyen que la calidad de vida percibida, es una propiedad de la relación persona-ambiente, y la actitud proactiva hacia la participación es la que media dicha interrelación.

Reimel y Muñoz (1990b), al hablar de calidad de vida, enfatizan en la dimensión psicosocial, afirmando que los individuos utilizan su propio criterio para evaluar su ambiente independientemente de éste, y comprenden a la misma, como una actitud de satisfacción o insatisfacción hacia las diferentes condiciones, situaciones y elementos presentes en el ambiente. Dicho modelo está compuesto por tres teorías, a continuación se exponen las mismas:

La Teoría Social Cognitiva propuesta por Bandura (1989) donde aborda de forma explícita la explicación y medición de las aspiraciones y expectativas en relación a la motivación y satisfacción.

Esta motivación es el resultado de la percepción del individuo y su contexto en combinación con la auto-evaluación de sus capacidades y posibilidades de realizar una tarea de acuerdo a sus referentes internos que inciden en sus expectativas, las cuales influyen en el establecimiento de metas y el alcance de éstas, se traduce en actitudes de satisfacción o insatisfacción. (Reimel y Muñoz, 1990b)

La segunda de ellas, la Teoría de Acción Razonada propuesta por Ajzen y Fishbein (1980); facilita la medición de las actitudes partiendo de la creencias como elementos centrales, las cuales son definidas como un juicio probabilístico que conecta algún concepto u objeto con algún atributo, éstas pueden ser tanto de carácter individual como social, determinando así las aspiraciones y evaluaciones de las expectativas que puede llevar a cabo un individuo o un grupo. (Reimel y Muñoz, 1990b)

Y por último, la tercera que integra el modelo conceptual para medición de la dimensión psicosocial de la Calidad de Vida es la Teoría de la Ecología del Desarrollo postulada por Bronfenbrenner (1979). Esta se centra en el estudio del

individuo con su entorno como parte integral del mismo y con la capacidad de descubrir, mantener o modificar sus propiedades resaltando la dimensión psicosocial.

Este autor propone una clasificación de los ambientes en donde cada individuo se desenvuelve; ellos son: a) Macrosistema: nivel socio-cultural; b) Exosistema: nivel socio-geopolítico; c) Mesosistema: nivel de interacción entre dos o más Microsistemas y; d) Microsistema: nivel individual o contextual. En éste último existe el ser, el hacer y el tener y a su vez ésta conformado por elementos provenientes de tres niveles, físicos y materiales (en función de las actividades que se realizan en él), relaciones interpersonales, roles y actividades.

Por lo tanto, los contextos y los niveles se relacionan entre sí, donde la medición de la Calidad de Vida percibida toma en cuenta estas interrelaciones que ocurren entre cada microsistema, basados en observar, describir y evaluar el estado de las condiciones físicas y sociales de cada contexto que conforman el ambiente del individuo con el fin de crear, mantener o incrementar aquellos elementos que contribuyen a la Calidad de Vida percibida y a la evaluación del mesosistema (global). (Reimel y Muñoz, 1990b).

5.2. Estrategias de Afrontamiento

El creciente interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento es producto de reconocer en ellas un particular modo de responder a las diferentes situaciones que generan estrés, como así también de entender su función positiva de mitigar los efectos nocivos de éste (Leibovich, Schmidt y Marro, 2002).

Es por ello que diversos estudios actuales destacan la importancia de conocer la manera en que los individuos enfrentan los desafíos que se les presenta en los diferentes contextos de su vida así como en el curso de su desarrollo, en el cual deben atravesar situaciones enmarcadas en la inserción al mundo social, familiar, académico y laboral, entre otros.

Para Everly (1989) el afrontamiento consiste en el esfuerzo realizado por el sujeto para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales.

Aldwin (2000), por su parte, menciona que el afrontamiento es el uso de estrategias encargadas de lidiar con problemas actuales o venideros, que afectan a las personas de forma emocional, cognitiva y fisiológica.

Sin embargo, Figueroa y Suedan (2005), argumentan que el afrontamiento puede variar entre las personas, lo cual depende de varias circunstancias como, la percepción de la situación, rasgos de personalidad, asertividad, ciclo de vida, apoyos sociales, aspectos cognitivos y aspectos conductuales.

Mientras que para Stone y Neale (1984) el afrontamiento ésta constituido únicamente por aquellas conductas o pensamientos que son utilizados conscientemente por el individuo para controlar los efectos producidos por la anticipación o experiencia de la situación estresante.

De esta forma para Sandin (2003) el afrontamiento implica tanto los esfuerzos cognoscitivos como conductuales que emplea el sujeto para controlar la situación estresante y reducir o eliminar la experiencia del estrés.

Basados en la revisión bibliografía sobre el tema, los aportes de Lazarus (1991) son los que más ampliamente abordaron este constructo y marcaron un recorrido teórico de relevancia para la Psicología. El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) ha tenido gran aceptación entre los científicos, aportando importantes enfoques del afrontamiento y además generó una gama de estudios que analizan los modos en que las personas enfrentan las dificultades de las situaciones estresantes que se presenta a lo largo de sus vidas.

Por ello, Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Estos autores entienden el afrontamiento como un proceso cambiante con fines de adaptación y no como rasgo del sujeto, donde el ambiente interactúa constantemente con éste dando cabida a que

los individuos varíen sus patrones de estrategias de afrontamiento en función al tipo de amenaza que se presenta.

Lazarus y Folkman (1984) desde su perspectiva teórica acerca del proceso de afrontamiento del estrés y en su modelo fenomenológico-cognitivo, se focaliza en la interacción entre las demandas estresantes y la evaluación que de ellas hace la persona.

El modelo postula que el proceso de afrontamiento se caracteriza por dos clases de evaluaciones de la situación: una primaria, en la que el individuo determina si es relevante o no para su bienestar, y una secundaria, en la que considera las posibles respuestas para hacerle frente.

A su vez, los mismos hacen distinción en dos tipos generales de estrategias de afrontamiento, la primera de ellas enfocada al problema, la cual va dirigida a manejar o alterar el problema que está causando el malestar; y la segunda es la enfocada a la emoción, la cual, va dirigida a regular la respuesta emocional ante el problema (Lazarus y Folkman, 1986).

En general, Lazarus y Folkman (1991) señalan que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Por otro lado Girdano y Everly (1986), indican que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas, donde las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las segundas reducen el estrés sólo a corto plazo, causando un efecto nocivo en la salud en el transcurso del tiempo.

Sin embargo, según Cruz y Cols (2010) clasifican a las estrategias de afrontamiento en escalas primarias y escalas secundarias. Las estrategias primarias refieren a:

- *Estrategias Activas*: Comportamientos relacionados al problema, análisis de las circunstancias para saber qué hacer, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, control de las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social.

- *Estrategias Pasivas*: Utilización de estrategias como retraimiento, tendencia a no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva de la situación.

A su vez, estas estrategias se dividen en 8 escalas o estrategias secundarias:

Tabla 1.

Escalas de las Estrategias de Afrontamiento Adaptado por Cano, Rodríguez y García (2007).

Escalas del Inventarios de Estrategias de Afrontamiento Adaptado por Cano, Rodríguez y García (2007)			
	Centrada en el problema	Resolución de Problemas	Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce
Estrategias Activas	Centrada en el problema	Reestructuración Cognitiva	Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante
	Centrada en la Emoción	Expresión Emocional	Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés
	Centrada en la Emoción	Apoyo Social	Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional
	Centrada en el problema	Evitación de Problemas	Estrategia que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante
Estrategias Pasivas	Centrada en el problema	Pensamiento Desiderativo	Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante
	Centrada en la Emoción	Autocrítica	Es la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo
	Centrada en la Emoción	Retirada Social	Retirada de amigos, familiares y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante
Realizado por: Rincon, 2012			

En este mismo orden de ideas, numerosos estudios sobre afrontamiento han buscado determinar los estilos y estrategias que mejor favorecen el ajuste de los individuos a nuevas situaciones amenazantes como lo es la enfermedad, y a su vez proporcionan herramientas para disminuir los riesgos asociados a las mismas.

Ya como se mencionó anteriormente el afrontamiento de tipo activo (busca ejecutar acciones directas con el fin de eliminar el estresor) y el estilo enfocado en el problema (orientado a cambiar la fuente de la amenaza), en diferentes investigaciones están asociados a los resultados psicológicos más positivos que favorecen la adaptación a las situaciones críticas que experimenta el individuo; por su parte, los afrontamientos por evitación, confrontación, distanciamiento, autocontrol y escape tienden a estar asociados a resultados psicológicos negativos, tales como estados afectivos negativos, menor apoyo social y altos niveles de depresión y ansiedad (Arraras; Wright; Jusue; Tejedor y Calvo, 2002).

En este sentido toda crisis supone una perturbación, pero a la vez posibilita una oportunidad de cambio y desarrollo personal que mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas permitiría alcanzar una adaptación satisfactoria (Erikson, 1963; Lazarus & Folkman, 1986; Slaikeu, 1991; citado en Krzemien, Monchietti y Urquijo 2005).

Es por ello que se considera que la efectividad del afrontamiento en las situaciones estresantes se logra tratando de tener variedad y versatilidad de respuestas que procuren una mejor adaptación debido a que no todos los estilos y estrategias son útiles en todo momento ni para todo tipo de situación. (Aldwin, 2000; Felton y Revenson, 1984).

En este punto, es importante diferenciar entre los *estilos* de afrontamiento y las *estrategias* de afrontamiento. Para Fernández Abascal (1997), los “*estilos de afrontamiento*” se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las “*estrategias de afrontamiento*” son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones que las desencadenen.

De esta forma los estilos de afrontamiento son las vías habituales en que el individuo piensa y actúa de forma estable para manejarse ante el estrés y las estrategias de afrontamiento surgen y se establecen en función de la situación, las cuales, están influidas por los estilos de afrontamiento que tiene un sujeto ante los problemas de la vida diaria.

Otros autores como Pelechano (2000) citado por Cano, Rodríguez y García (2007), han considerado que ambos conceptos son complementarios entre sí, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación.

Para Bandura (1980) citado por López y Marván, (2004) Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y de comportamiento que cambian constantemente y que se utilizan para gestionar las demandas específicas, tanto externas como internas que se evalúan como excediendo los propios recursos que intervienen en infinidad de procesos vitales del ser humano.

Sin embargo, para Nava, Vega y Soria (2010) las estrategias de afrontamiento presentan mayores ventajas, como su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, convirtiéndose en más atractiva desde la perspectiva de la intervención.

En este sentido Olson y Mc Cubbin (1989), señalan la importancia de entender al afrontamiento no sólo como una estrategia sino también como un proceso, ya que constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito.

Partiendo de lo anterior Fernández-Abascal (1997), argumenta que si el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente o estresante, repetirá el mismo repertorio de afrontamiento ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. De esta manera se puede inferir que se estaría ante una situación de aprendizaje por ensayo y error. Sin embargo, un afrontamiento inadecuado en una situación de estrés puede llevar al sujeto a un estrés agudo o crónico y a su vez dando cabida a la aparición de estados emocionales negativos y

psicopatológicos, como también a padecer en casos extremos del síndrome de quemarse o burnout a causa del estrés sostenido en el tiempo (Escamilla, Rodríguez y González, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

En este sentido Selye (1975), describió del Síndrome General de Adaptación (S.G.A.), el cual está compuesto por: 1) *Fase de alarma*: ante un estímulo estresante el organismo se activa, se prepara para hacerle frente, 2) *Fase de resistencia*: el organismo continúa haciendo frente al estresor, 3) *Fase de agotamiento*: dado que en la resistencia la activación fisiológica es prolongada, disminuye las reservas de energía debilitando el sistema inmunológico, si el estrés continúa o es intenso el organismo puede enfermar o incluso producir la muerte.

En la actualidad son muchas las situaciones que se tornan estresantes en la vida de los sujetos, unas de ellas es la enfermedad, la cual es considerada como fuente generadora de estrés, ya que implica un proceso de deterioro continuo y constante que daña el funcionamiento biológico, psicológico y/o social de una persona por varios años, afectando su calidad de vida, y originado nuevas exigencias que deben ser afrontadas.

Por ello, la enfermedad sobre todo si es de carácter crónico es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal (autoimagen, autoconcepto, integridad corporal, funciones cognitivas, independencia, autonomía y equilibrio emocional), sino también como un desafío dada las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos, la modificación de actividades diarias, laborales y sociales y alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos (DiMatteo, 1991; Maes, Leventhal y de Ridder, 1996; Rodríguez, 1995; Taylor, 2003; Taylor y Aspinwall, 1993).

Por su parte Rodríguez (1993) señala que el carácter estresante de una enfermedad depende también de sus propias características, tales como duración, aparición, intensidad, gravedad y etapas; así como de su capacidad estigmatizante. Por tal motivo, los sujetos afectados por una enfermedad necesitan integrar los nuevos desafíos que la enfermedad presenta en término de las limitaciones y los cambios en el estilo de vida que implica, ya que así se puede conseguir una

adaptación positiva y constructiva a la enfermedad (Rodríguez, López y Pasto, 1990; Taylor et al., 1983).

Como es cierto el concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a éstas. La magnitud de la discrepancia determina el estrés que experimenta la persona (Rodríguez y Cols., 1993).

El que este tipo de adaptación no se produzca permite que el estrés que proviene de la enfermedad así como aquél que proviene de otros acontecimientos vitales incremente la probabilidad de conductas desadaptativas, tales como el incumplimiento del tratamiento y el despliegue de conductas de riesgo, lo que a su vez menoscaba aún más la salud de la persona enferma (Martin and Brantley, 2002).

Al respecto, Aldwin (2000), Felton et al. (1984) y Taylor (2003) sostienen que la efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra al aceptar las limitaciones y pérdidas que ésta impone y al mantener un balance entre sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo.

Finalmente Rodríguez y cols. (1993), indica que el resultado efectivo o inefectivo de las respuestas de afrontamiento a la enfermedad depende no sólo de los esfuerzos individuales que la persona enferma realiza, sino también de la manera en la que su entorno social responde a dichos esfuerzos.

5.3. Asesoramiento Psicológico.

Existe diversidad de significados y de conceptos referentes al asesoramiento psicológico, de acuerdo al enfoque que se le dé. Algunas definiciones parecieran que fuesen complejas debido a que contemplan aspectos que difieren entre sí, como lo son los psicológicos, educacionales, vocacionales, sociales, organizacionales entre otros. Y por otro lado existe aquellas concepciones que resultan más sencillas en donde el foco principal es la relación de ayuda, la cual es un fin común dentro del asesoramiento.

Para Obregón (1995, c.p. obregón 1998) Asesoramiento Psicológico es:

“Una rama de la psicología que procura el bienestar del ser humano como totalidad y como parte integrante de una sociedad, haciendo énfasis en las labores preventivas y en las de desarrollo más que en las de tipo correctivo, se desarrolla mediante un proceso de asistencia profesional donde la relación de ayuda es el instrumento básico y está enfocado principalmente en el asesorado, su conocimiento y comprensión de sí mismo (características y potencialidades, fundamentalmente) y del mundo que lo circunda”(p.3).

Por otra parte, para el Departamento de Asesoramiento Psicológico de la Escuela de Psicología de la UCV (1991, cp. departamento de orientación, s/f) el asesoramiento es la relación profesional sistemática que busca ayudar al individuo, mediante procedimientos psicológicos, educativos e interpretativos a alcanzar una mejor comprensión de sus propias características y potencialidades a hacer escogencias y ajustes inteligentes y a relacionarse más satisfactoriamente con los requerimientos y oportunidades sociales (p.17)

En este lineamiento, Essensfeld (1979), considera dentro de las funciones del asesoramiento psicológico aplicar científica, planificada e intencionalmente intervenciones relacionadas con los distintos comportamientos de la persona (individual, colectivo y organizacional) y con las diversas situaciones que influyen en ella, todo esto con el fin de ayudar al individuo en el logro de un estado de bienestar.

Por otro lado, para Fretz (1993), los asesores psicológicos se dedican a la realización de investigaciones e intervenciones tanto individuales como grupales y a su vez evalúan programas para estimular el desarrollo del individuo y prevenir y corregir dificultades que eventualmente puedan presentar.

Sin embargo, para Casado (1987), el Asesoramiento consiste en preparar las mejores condiciones ya sean educativas, laborales o humanistas para que el individuo mediante una serie de decisiones personales desarrolle su potencial.

Para Hann y Mclean (1955), el asesoramiento psicológico es el proceso que tiene lugar en una relación de persona a persona entre un individuo perturbado por problemas que no puede manejar solo, y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros a alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales.

La American Psychology Association (APA www.div17.org/, 2004), se refiere al asesoramiento psicológico como una especialidad de la psicología que facilita el funcionamiento vital, personal e interpersonal de los seres humanos, enfocándose en varios ámbitos: social, vocacional, educativo, salud, desarrollo y organizacional. Dicha especialidad abarca una amplia gama de intervenciones que ayudan a las personas a incrementar su bienestar, así como también a aliviar problemas adaptativos, resolver sus conflictos, para aumentar la capacidad de vivir una vida más funcional.

Según Blocher (1966) el asesoramiento debe proponerse llevar al máximo la libertad y eficiencia de cada individuo, de modo que pueda reconocer las limitaciones que surgen de él mismo y de su ambiente.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, Casado (1987) para finales de los años 80 había una fuerte tendencia a concebir el proceso del asesoramiento psicológico de forma integral, con énfasis preventivo y de desarrollo en lugar de correctivo o terapéutico, las variables sociales y ambientales son tomadas en cuenta, además de las propiamente psicológicas en el campo de asesor psicológico se amplía para incluir no solamente aspectos educativos y vocacionales, sino también todos aquellos del desarrollo evolutivo normal especialmente en la adolescencia, la madurez y la senilidad.

Es por eso que en nuestro carácter de promotores de la salud mental y de las competencias que el Asesor Psicológico debe tener, es importante abordar cualquier problemática tanto individual como grupal, siendo el norte el desarrollo del individuo de forma integral abarcando múltiples aspectos, como los psicológicos, sociales, biológicos y organizacionales. (Guevara, 2000).

5.4. Enfermedad Ocupacional

En la antigüedad, desde el siglo IV A.C., Hipócrates y Plinio hacen referencia a la salud de los trabajadores, debido a las enfermedades presentadas por un grupo de mineros, llamados “trabajadores de las canteras” (Montalvo, 1985). Posteriormente en la era cristiana, Plinio describe las enfermedades pulmonares entre los mineros y el envejecimiento por azufre y zinc. (OPS/OMS, 2005).

Seguidamente subyace la preocupación por el ambiente en el cual éstos se desenvolvían, aproximándose así a una descripción sistemática de las enfermedades causadas por los oficios de la época.

Lo descrito anteriormente da pie a una serie de publicaciones a lo largo del tiempo, como la de Galeno en el siglo II, la cual refiere a enfermedades ocupacionales entre los trabajadores del mediterráneo. En 1556, sale a la luz pública, el tratado “De la Res Metálica”, el cual señala las enfermedades que afectan a los mineros como la Neumoconiosis. En el siglo XVI se escribe la primera monografía “Vonder Birgsucht Und Anderen BergranK Heiten”, que menciona los principales síntomas por toxicidad del mercurio. (OPS/OMS, 2005).

En continuidad con lo mencionado anteriormente, Ramazzini, en el año 1700, publica el libro “De Morbis Artificum Diatriba”, donde señala la relación entre riesgo y enfermedad, basado en la observación y en respuesta a una pregunta simple ¿Cuál es tu ocupación? A finales del siglo XVIII, con la revolución industrial en Inglaterra, se evidenció los riesgos laborales a los que estaban expuestos los trabajadores, incrementando los accidentes laborales.

Este hecho posteriormente condujo en 1833 a la creación de la primera legislación (Ley de Fábricas), la cual inspeccionaba condiciones ambientales y regulación en las jornadas laborales. (Montalvo, 1985).

Desde ese entonces hasta nuestros tiempos, la salud y el trabajo han estado relacionados estrechamente, debido a las consecuencias de las exposiciones a agentes y condiciones presentes en el ambiente laboral no adecuados, conocidas también como factores de riesgo y que se encuentran implicados directamente en los procesos de ocurrencia de enfermedades ocupacionales.

Las enfermedades ocupacionales significan una desestabilización más lenta e insidiosa de las relaciones agente-huésped-ambiente, provocada por la naturaleza o las condiciones de trabajo, y contraídas durante el mismo, al contrario de los accidentes, donde la ruptura del equilibrio-salud es brusca y muy nítida. (Naveillan, 1976).

Por otro lado, Montalvo (1985) se refiere a la enfermedad ocupacional como: “todo proceso patológico que sobreviene a raíz de la repetición de una causa proveniente en forma directa del tipo de trabajo que desempeña el trabajador, o bien del medio en que se ha visto obligado a desempeñarlo”.

Puede decirse que es aquella enfermedad que tiene por escenario el lugar de trabajo y que está condicionada al cumplimiento de una determinada ocupación.

En Venezuela se define la enfermedad profesional y/u Ocupacional bajo el Art 70 de la Ley Orgánica de Prevención Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, Ministerio del Trabajo, Instituto Nacional de Prevención Salud y Seguridad Laborales, (2005, pp.61) : “Se entiende por enfermedad ocupacional, los estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador o la trabajadora se encuentra obligado a trabajar, tales como los imputables a la acción de agentes físicos y mecánicos, condiciones disergonómicas, meteorológicas, agentes químicos, biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes”.

En lo que respecta a las enfermedades ocupacionales, la atención de los especialistas en esta área, se ha centrado más en las enfermedades físicas originadas en el trabajo, como lo demuestra un análisis del Primer Seminario Latinoamericano de Salud Ocupacional, en relación con aquellas de índole psicológica, las cuales no han sido prioridad, sin embargo por primera vez se han incluido de manera específica en la lista de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2010) los trastornos mentales y del comportamiento lo cual permite abrir nuevos campos de acción para el profesional de la psicología.

La Enfermedad Ocupacional se caracteriza por un inicio lento, el cual no es violento, ni oculto, ni retardado; es previsible y progresiva, poniéndose de manifiesto en el sujeto una oposición individual muy considerable. (Zapata, 1994)

Partiendo de lo anterior se exponen los factores que determinan tales enfermedades en el contexto laboral:

- Tiempo de exposición.
- Concentración del agente contaminante en el ambiente de trabajo.
- Características personales del trabajador
- Presencia de varios contaminantes al mismo tiempo.
- La relatividad de la salud.
- Condiciones de seguridad.
- Factores de riesgo en la utilización de máquinas y herramientas.
- Diseño del área de trabajo y dinámica del mismo (Sobrecarga laboral).
- Estrés laboral.
- Almacenamiento, manipulación y transporte.
- Sistemas de protección contra contactos indirectos.

Para atribuir el carácter ocupacional o profesional a una enfermedad es necesario tomar en cuenta algunos elementos básicos que permiten diferenciarlas de las enfermedades comunes:

- *Agente*: debe existir un agente en el ambiente de trabajo que por sus propiedades puede producir un daño a la salud; la noción del agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo.

- *Exposición:* debe existir la demostración que el contacto entre el trabajador afectado y el agente o condiciones de trabajo nocivas sea capaz de provocar un daño a la salud.
- *Enfermedad:* debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos patológico y terapéutico, o un daño al organismo de los trabajadores expuestos a los agentes o condiciones señalados antes.
- *Relación de causalidad:* deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan establecer una sensación de causa efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo.

5.4.1. Salud Ocupacional:

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

Es por esto, y siendo la vida laboral un indicador de bienestar ya que es la fuente que sustenta nuestras necesidades económicas, por otro lado, se ha venido incrementando la preocupación por la salud del trabajador, siendo un tema prioritario en lo que a programas de salud respecta, ya que éstos son los máximos contribuyentes al desarrollo económico y social en países que van en vía de desarrollo.

Por lo expuesto anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales” y no solamente la ausencia de enfermedad. Esta definición forma parte de la Declaración de Principios de la OMS desde su fundación en 1948. Dentro de esta declaración, la Salud es vista como un derecho primordial para todos los individuos, y dicho derecho dependerá de la avocación que tengan organizaciones y naciones como tal, en la promoción, prevención y aplicación de políticas sociales acorde a las necesidades.

Ahora bien, ya delimitado el concepto de salud en general, cabe destacar que los trabajadores de cualquier profesión en general, están a merced de situaciones estresantes y factores de riesgo, tanto biológico como social y psicológico que interfieren directamente en la salud y calidad de vida de los mismos. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud, desde su inserción en 1948, expresó su preocupación por la salud de los trabajadores, al propiciar el establecimiento de un comité mixto (OIT/OMS), que actuaría como asesor en coordinar actividades de información y prevención en este campo.

De esta manera el Comité Mixto de Medicina del Trabajo con la Organización Interamericana del Trabajo (OIT) definen a la Salud Ocupacional como: la “importancia y prioridad de promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad”. (OIT, 2003).

En concordancia con lo anteriormente expuesto, y sobre los objetivos contemplados dentro de la salud ocupacional, Benavides, Ruiz y García (2000) hace énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como también al tratamiento y rehabilitación de lesiones y todas aquellas enfermedades derivadas del trabajo.

Por otro lado Parra (2003), destaca el carácter integral del concepto de salud, entendido como un bienestar en todos los planos de la vida de los sujetos y el carácter a la vez positivo y riesgoso que tiene el trabajo para la salud, entendido como actividad que permite la vida social y el desarrollo de los individuos en el cual no es ético que se ponga en riesgo la salud.

Como se ve, existen muchas formas a través de las cuales el trabajo puede afectar negativamente la salud, no solamente produciendo accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Sin embargo, la legislación diseñada para proteger la Salud Laboral generalmente sólo considera estas dos formas de daño.

El artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual establece la salud como un derecho social, estando el Estado obligado a garantizar la misma. Asimismo, el artículo 86 establece los derechos de la persona a una seguridad social que garantice la salud y asegure la protección en contingencias, entre ellas la discapacidad y riesgo laboral.

Por ende, podemos decir que la salud ocupacional es la relación que se da entre la salud y el trabajo, por la cual, dependiendo de la dirección que tome, ésta puede ser tanto de beneficio para el trabajador o como puede tornarse en una situación que trasciende produciendo daños a niveles de gradientes desde el más significativo hasta la muerte. Por ello la importancia de adecuar los ambientes laborales bajo los estatutos que establecen la ley y normas formuladas para la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales.

5.4.2. Condiciones Laborales

El punto anterior refleja el motivo por el cual, el lugar de trabajo debe estar bajo condiciones óptimas y como a través de los años se fueron definiendo progresivamente dichas condiciones, para proteger y amparar la salud de los trabajadores. A continuación se expone las medidas adecuadas que previenen los riesgos laborales.

Cuando hablamos de condiciones laborales, nos referimos a aquellas condiciones de trabajo que repercuten en una adecuada salud laboral, lo cual a su vez desencadenará un alto desempeño y calidad en el trabajo. Si, por otra parte, la relación es negativa, condiciones inadecuadas de trabajo, puede desencadenar trastornos tanto físicos como psicológicos, accidentalidad y hasta la muerte (Benavides, Ruiz y García, 2000).

Por otro lado, Mañas (2001), señala que las condiciones de trabajo pueden influir positiva o negativamente en la salud, aumentando el nivel de ésta o causando la pérdida de la misma. Los daños a la salud de los empleados se concretan en enfermedades del trabajo (enfermedad profesional y enfermedad vinculada al trabajo) y accidentes laborales.

Asimismo, es importante señalar que la seguridad que debe emplearse en el trabajo para optimizar sus condiciones, es el conjunto de medidas técnicas educacionales, médicas y psicológicas empleadas para prevenir accidentes, tendientes a eliminar las condiciones inseguras del ambiente y a instruir o convencer a las personas acerca de la necesidad de implantación de prácticas preventivas. Su empleo es indispensable para el desarrollo satisfactorio del mismo. (Grimaldi y Simonds, 2006).

En líneas generales, se puede decir que los riesgos laborales, son el conjunto de factores físicos, psíquicos, químicos, ambientales, sociales y culturales que actúan sobre el individuo; la interrelación y los efectos que producen esos factores dan lugar a la enfermedad ocupacional.

Pueden identificarse riesgos laborales relacionados globalmente con el trabajo en general, y además algunos riesgos específicos de ciertos medios de producción. (Gutiérrez, 2007)

Es por ello, que Niebel, (2001), argumenta, que la concepción de control de riesgos suministra la base para el logro de metas específicas en áreas concretas de las instituciones, relacionadas con la seguridad y salud del trabajador y con el mantenimiento de un adecuado ambiente de trabajo.

De este modo, muchas actividades como la identificación de riesgos, las acciones establecidas para reducirlos, el establecimiento de estrategias de carácter preventivo y correctivo, y las políticas para dirigir la actividad de protección a nivel de la organización total, son algunos de los aspectos fundamentales para la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales.

Las afirmaciones anteriores, conllevan a que en nuestro país se implante estatutos legales en donde todas las organizaciones tienen el deber de instaurar dentro de sus políticas y así sean partícipes de la protección a la salud del trabajador, brindándoles óptimas condiciones de trabajo para mejor desempeño.

Según la Norma Venezolana COVENIN 2270 1995, es el conjunto de principios, leyes, criterios y normas formuladas cuyo objetivo es el de controlar el

riesgo de accidentes y daño, tanto a las personas como a los equipos y materiales que intervienen en el desarrollo de toda actividad productiva.

Sin embargo la Ley Orgánica de Prevención de Condiciones y del Medio Ambiente y de Trabajo (LOPCYMAT, 2005) tiene por objeto, establecer en las instituciones, normas y lineamientos de las políticas y los órganos y entes que permitan garantizar a los trabajadores y trabajadoras ,condiciones de seguridad, salud y bienestar en un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio pleno de sus facultades físicas y mentales, mediante la promoción del trabajo seguro y saludable, la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, la reparación integral del daño sufrido y la promoción e incentivo al desarrollo de programas para la recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social.

Así mismo las condiciones del lugar de trabajo debe estar dirigidas a la prevención de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, producidas tras largas jornadas de trabajo, se refiere a los procedimientos de trabajos seguro y formalmente establecidos.

Este aspecto está orientado hacia la búsqueda de una mejor manera de hacer las cosas y es considerado de gran valor ya que permite definir y adoptar los pasos necesarios para la ejecución de las diversas tareas en una forma segura y apropiada.

5.5. Marco Legal

Dentro de este apartado se expone los diferentes fundamentos legales vigentes y más resaltantes que se encuentren dentro del contexto del presente estudio.

En cuanto a la constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en el título III de los Derechos Humanos y Gratias y de los Deberes en su Capítulo V, refiere los siguientes artículos:

Artículo 87. Toda persona tiene derecho al trabajo y el deber de trabajar. El Estado garantizará la adopción de las medidas necesarias a los fines de que toda persona puede obtener ocupación productiva, que le proporcione una existencia digna y decorosa y le garantice el pleno ejercicio de este derecho. Es fin del Estado fomentar el empleo. La ley adoptará medidas tendentes a garantizar el ejercicio de los derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras no dependientes. La libertad de trabajo no será sometida a otras restricciones que las que la ley establezca.

Todo patrono o patrona garantizará a sus trabajadores y trabajadoras condiciones de seguridad, higiene y ambiente de trabajo adecuados. El Estado adoptará medidas y creará instituciones que permitan el control y la promoción de estas condiciones.

El presente artículo establece que el Estado Venezolano es el garante del cumplimiento de los deberes y derechos que permitan el fomentar el empleo bajo condiciones de igualdad, seguridad e higiene ambiental de trabajo para así ejercer el libre ejercicio del derecho al empleo.

Por otra parte la Ley Orgánica del trabajo, en cuanto a salvaguardar las condiciones del mismo refiere:

Artículo 185. El trabajo deberá prestarse en condiciones que permitan a los trabajadores su desarrollo físico y psíquico normal; les dejen tiempo libre suficiente para el descanso y cultivo intelectual y para la recreación y expansión lícita; presten suficiente protección a la salud y a la vida contra enfermedades y accidentes; y mantengan el ambiente en condiciones satisfactorias.

A su vez la presente ley contempla dos aspectos de suma relevancia y que van en pro de la salud de los trabajadores; la Higiene y la Seguridad en el trabajo, así como el organismo garante para el cumplimiento de las mismas.

Artículo 236. El patrono deberá tomar las medidas que fueren necesarias para que el servicio se preste en condiciones de higiene y seguridad que respondan a los requerimientos de la salud del trabajador, en un medio ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio de sus facultades físicas y mentales.

Artículo 237. Ningún trabajador podrá ser expuesto a la acción de agentes físicos, condiciones ergonómicas, riesgos psicosociales, agentes químicos, biológicos o de cualquier otra índole, sin ser advertido acerca de la naturaleza de los mismos, de los daños que pudieren causar a la salud, y aleccionado en los principios de su prevención.

Esta ley revela y da a conocer el contexto idóneo en el cual las actividades laborales deben de llevarse a cabo, recae sobre el patrono la responsabilidad de propiciar ambientes seguros para preservar la salud y para el buen desenvolvimiento del trabajador como un ser biopsicosocial poniendo de manifiesto actividades complementarias a las laborales que necesita toda persona para su desarrollo integral.

En este mismo orden y en lineamientos de las leyes expuestas anteriormente, por último se encuentra la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones de Trabajo y Medio Ambiente de Trabajo, la cual, apunta específicamente a las garantías permanentes y ocasionales de los trabajadores, contemplando a su vez condiciones de seguridad, salud, bienestar, en un medio ambiente de trabajo idóneo.

Hace hincapié en la responsabilidad tanto del estado, como de las organizaciones en torno a las obligaciones que deben asumir empleadores y trabajadores en cuanto a normas de higiene, seguridad laboral, enfermedades y accidentes profesionales, incluyendo los comités de Higiene y Seguridad de cada contexto laboral.

En el título VI de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT) denominado “Accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales” en su capítulo I sobre la definición de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales según lo citado en el artículo 70, refiere a lo siguiente:

Artículo 70 “Se entiende por enfermedad ocupacional, los estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador o la trabajadora se encuentra obligado a trabajar, tales como los imputables a la acción de agentes físicos y mecánicos, condiciones disergonómicas, meteorológicas, agentes químicos, biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiestan por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes”.

Es por ello, que se presumirá el carácter ocupacional de aquellos estados patológicos incluidos en la lista de enfermedades ocupacionales establecidas en las normas técnicas de la presente Ley, y la que en lo sucesivo se añadieran en revisiones periódicas realizadas por el ministerio con competencia en materia de seguridad y salud en el trabajo, conjuntamente con el ministerio con competencia en materia de salud.

De las secuelas o deformidades permanentes: Artículo 71 de la LOPCYMAT, textualmente se expone lo siguiente:

Artículo 71 “Las secuelas o deformidades permanentes provenientes de las enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo que vulneren las facultades humanas, más allá de la simple pérdida de la capacidad de ganancias, alterando la integridad emocional y psíquica del trabajador o la trabajadora lesionado, se consideran equivalentes, a los fines de la responsabilidad subjetiva del empleador o de la empleadora, a la discapacidad permanente en el grado que señale el Reglamento de la presente Ley”.

Se consagra expresamente en el artículo 72 lo que se expone a continuación:

Artículo 72 “En aquellas actividades ocupacionales de especial carácter progresivo, en las cuales el proceso patológico no se detiene, aun cuando el trabajador o trabajadora se le separe de su ambiente de trabajo, la responsabilidad del empleador o de a empleadora continúa vigente, hasta que pudiese establecer su carácter estacionario y se practicara una evaluación definitiva. No se extiende dicha responsabilidad en el caso de que el estado patológico sea complicado o agravado por afecciones intercurrentes, sin relación con el mismo, o sobreviniere el deseo por circunstancias igualmente ajenas a tal condición”.

El Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), previa investigación, mediante el informe, calificará el origen del accidente de trabajo o de la enfermedad ocupacional. Dicho informe tendrá el carácter de documento público. (Artículo 76 LOPCYMAT).

Cabe resalta que dentro de la LOPCYMAT hace un énfasis especial en las condiciones de seguridad e higiene laboral describiendo de forma detallada las características del ambiente de trabajo que todo trabajador debe de tener. También hace relevancia a los deberes y derechos tanto del empleador como del trabajador en función de promover y garantizar la seguridad en el ambiente de trabajo.

Los fundamentos legales identificados y expuestos anteriormente deben ser cumplidos por todas las organizaciones, con la finalidad de garantizar condiciones de trabajos óptimas enmarcados en el respeto y en la promoción del desarrollo de los trabajadores como seres biopsicosociales, dejando en evidencia la iniciativa que debieran tener los trabajadores para el cumplimiento de este marco legal dentro de su contexto laboral.

VI. MARCO METODOLÓGICO:

6.1. Tipo de Estudio

Es un estudio descriptivo-correlacional, ya que se tiene como fin analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes, y a su vez, si éstos se relacionan entre sí, o por lo contrario no existe ninguna vinculación entre ellos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

6.1.1. Diseño

Dada la ausencia de manipulación deliberada de la variable independiente esta investigación es de naturaleza no experimental. También es conocida como una investigación ex post-facto, porque los hechos ya ocurrieron, es decir, pretende estudiar a una población con condiciones ya dadas, observando variables o relaciones entre éstas, dentro de su contexto natural.

Esta investigación también es de corte transversal ya que se realizan las medidas de Calidad de Vida Percibida y de Estrategias de Afrontamiento en un momento único.

6.2. Muestra

La selección de los sujetos es intencional, no aleatoria, por lo cual se utilizaron criterios específicos para la misma, como la condición actual de salud.

La muestra está constituida por 50 sujetos de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 21 y 59 años, que laboran tanto en el área operativa como administrativa de una empresa de transporte expreso de encomiendas en la ciudad de Caracas, diagnosticados con enfermedad ocupacional.

Estos diagnósticos están avalados por un médico ocupacional y reportados al Instituto Nacional de Prevención de Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), según lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT, 2005).

6.3. Temporalidad del estudio:

El ambiente donde se llevó a cabo la recolección de los datos fue en el salón de conferencias de la empresa a la cual pertenece la muestra. Los datos fueron recogidos durante el tercer trimestre del año 2012.

6.4. Contexto del Estudio.

6.4.1. Tipo de Empresa:

Empresa de envío de encomiendas y documentos mercantiles.

6.4.2. Actividad Económica:

Envío de Encomiendas a nivel Nacional e Internacional.

6.4.3. Misión

Proveer servicios logísticos de transporte expreso de documentos, paquetes y bienes en al ámbito nacional y con alcance internacional, basados en un Sistema de Gestión de la Calidad que garantice la seguridad y confiabilidad de nuestros servicios.

6.4.4. Visión

Ser la primera opción de transporte expreso para las empresas e instituciones del país, alcanzar el 35% del mercado en los servicios al público y desarrollar nuevos servicios que garanticen la continuidad del negocio.

6.4.5. Objetivo Empresarial

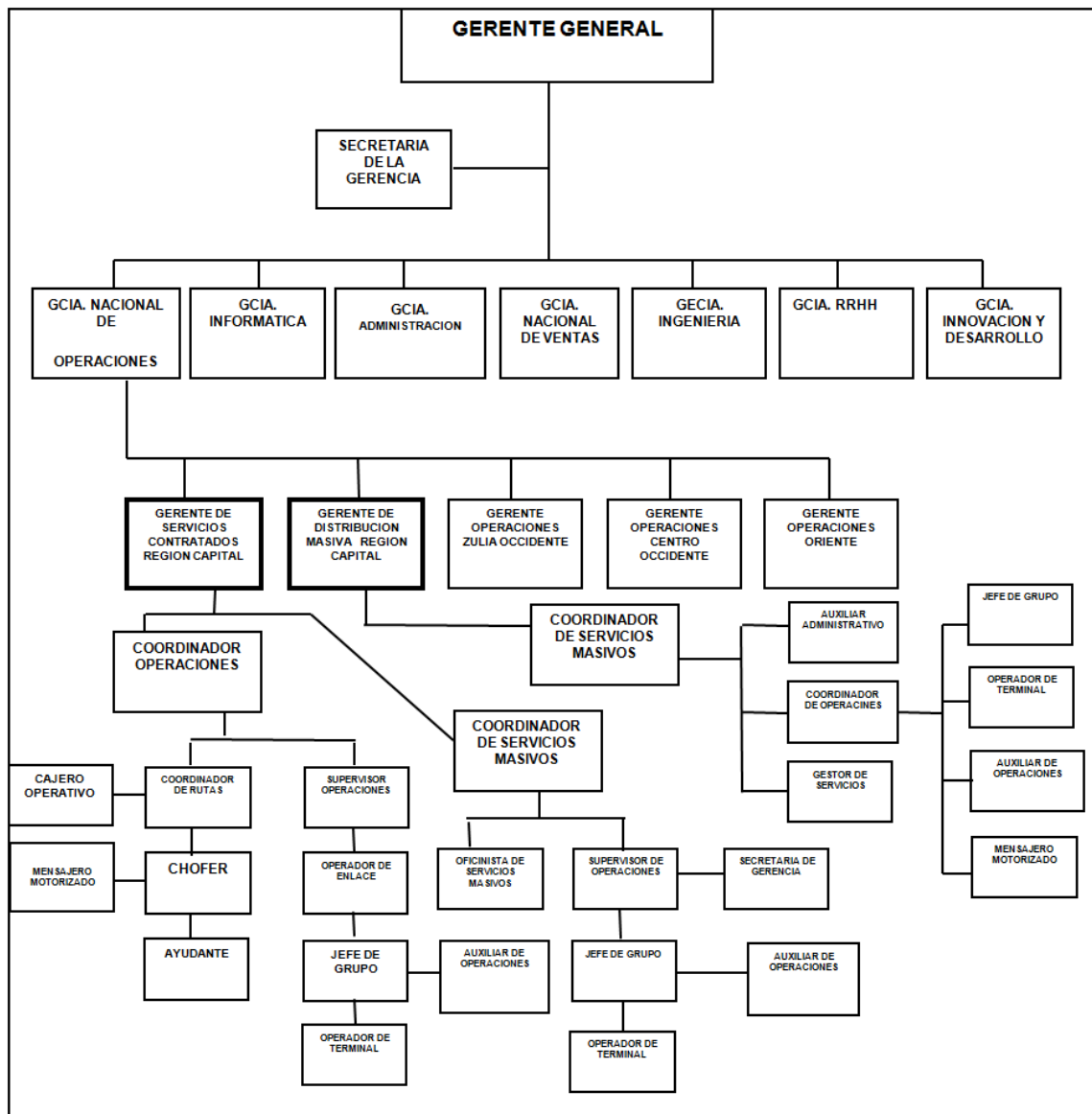
Brindar a nuestros clientes servicios de transporte y distribución de documentos y bienes que cumplan con sus requisitos y superen sus expectativas, a través de la mejora de la eficacia de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad y con personal altamente calificado.

6.4.6. Número de trabajadores:

La empresa está constituida por 528 trabajadores, de los cuales 190 se encuentran desempeñando labores administrativas; el restante, es decir, los otros 338 trabajadores están ubicados en el área operativa y son los encargados del transporte y distribución de las encomiendas.

Tabla 2.

Estructura Organizacional de la empresa donde pertenece la muestra.



Leyenda: La muestra seleccionada para la presente investigación es perteneciente a la Gerencia de Región Capital de la empresa.

6.5. Variables

6.5.1. Variable Independiente.

6.5.1.1. Presencia de enfermedad ocupacional.

Definición Constitutiva: Se entiende por enfermedad ocupacional, los estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador o la trabajadora se encuentra obligado a trabajar, tales como los imputables a la acción de agentes físicos y mecánicos, condiciones disergonómicas, meteorológicas, agentes químicos, biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes” (LOPCYMAT, 2005, pp.61).

Definición Operacional: trabajadores diagnosticados con discapacidad parcial o permanente, que refiere a Enfermedad Ocupacional avalado por un médico ocupacional y reportado al INPSASEL, según lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT 2005), a quienes se les aplicará los instrumentos para conocer su percepción de Calidad de Vida y las estrategias de Afrontamiento ante su actual condición de salud.

6.5.2. Variable Dependiente:

6.5.2.1. Calidad de Vida:

Definición Constitutiva: Es el grado de satisfacción o insatisfacción que surge de la percepción y valoración que realizan los individuos del ambiente que los rodea (Reimel y Muñoz, 1990).

Definición Operacional: Resultado que parte de la valoración que realizan los individuos en tres niveles (Físico-Material, Relaciones Interpersonales y Actividades) y la distancia existente entre ellos, (lo actual, lo aspirado y lo esperado), los cuales se dan en tres contextos del ambiente que los rodea: laboral, familiar y comunitario (Reimel y Muñoz, 1990).

6.5.2.2. Estrategia de Afrontamiento

Definición Constitutiva: Formas estables y consistentes de afrontar situaciones estresantes, complementadas con acciones más específicas para hacer frente a las mismas tras la valoración realizada por el sujeto (Cano, Rodríguez y García, 2006).

Definición Operacional: Resultado de la evaluación que realizan los individuos ante la situación estresante que plantean (referida a la enfermedad ocupacional) y la valoración que le dan a dicha situación, respondiendo a la frecuencia de utilización de determinadas estrategias de afrontamiento según una escala likert. (Cano, Rodríguez y García, 2006).

6.6. Instrumentos

Para llevar a cabo la siguiente investigación y conocer tanto la calidad de vida percibida como las estrategias de afrontamiento que implementan los individuos diagnosticados con enfermedad ocupacional, se utilizaron dos instrumentos para la medición de ambas variables.

6.6.1. Calidad de Vida Percibida

Instrumento: Calidad de Vida Percibida de trabajadores con Enfermedad Ocupacional (CVP-TEO).

Este instrumento permite medir la calidad de vida percibida, la cual es reportada en grados de satisfacción hacia diversas condiciones y situaciones presentes en tres microsistemas, el laboral, el familiar y el comunitario; empleándose para ello tres criterios de evaluación: lo actual, lo deseado y lo aspirado.

Dentro del Modelo Conceptual de Calidad de Vida Percibida los autores de éste, Reimel y Muñoz (1990b), basan la definición de la calidad de vida tomando en consideración 3 teorías, una de ellas la teoría de Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980), que refieren a que las creencias de lo individuos puedan ser predictoras de un conducta o acción; la Teoría de la Ecológica del Desarrollo de Bronfenbrenner (1979).

Quien estudió el desarrollo del individuo en su contexto como parte integral de su ser y, finalmente, la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1983), en donde las aspiraciones y expectativas del individuo se relacionan con la motivación y satisfacción de los resultados de su actuación en el medio en el que se desenvuelve.

Dicho instrumento, es un cuestionario auto-administrable, compuesto por 65 ítems, de respuesta cerrada, tipo Likert con 4 intervalos.

Contempla tres áreas o tres microsistemas como son el contexto laboral, el contexto familiar y el contexto comunitario; y dentro de cada uno de ellos existen tres niveles:

- Nivel 1 o Físico/Material.
- Nivel 2 o de Relaciones Interpersonales.
- Nivel 3 o de Actividades.

Para cada ítem del cuestionario, se realiza tres preguntas, las cuales corresponde a las siguientes dimensiones de opinión: 1) lo actual, 2) lo deseado y 3) lo aspirado, con las cuales se pretende obtener el grado de satisfacción experimentado por cada persona en determinado contexto (Rojas y Reimel, 2001, p.22).

Para obtener el puntaje de cada ítem, se emplea la siguiente fórmula (Rojas, 1998): *Índice de la calidad de vida percibida* = $(a-b)-(b-c) = x$. El resultado de este cálculo reporta puntajes que van desde -8 hasta +8, los cuales posteriormente se resumen en cuatro categorías que van desde -4 (menor grado insatisfacción) hasta +4 (mayor grado de satisfacción).

Tabla 3.

<i>Escala de Valoración</i>	
-7, -8 = -4 = Total Insatisfacción	7, 8 = +4 = Total Satisfacción
-5, -6 = -3 = Muy Insatisfecho	5, 6 = +3 = Muy Satisfecho
-3, -4 = -2 = Insatisfecho	3, 4 = +2 = Satisfecho
-1, -2 = -1 = Algo Insatisfecho	1, 2 = +1 = Algo Satisfecho

Posteriormente se promedian los puntajes obtenidos. Así se obtiene un índice para cada ítem, uno para cada nivel (físico/material, relaciones interpersonales y actividades), uno para cada contexto (laboral, familiar y comunitario) y uno general (índice general).

En ocasiones pueden obtenerse valores cero. En estos casos, cuando el cero es producto de número distintos (1, 2, 3...) debe sustituirse por 1, y si es producto de números iguales (1,1,1 ó 2, 2,2) debe ser intercambiado por ese mismo número (Reimel, 1991).

Para la construcción del presente instrumento fue necesaria la adaptación del instrumento de Calidad de Vida Percibida del Personal de dos Museos en el Área Metropolitana de Caracas por Reimel y Rojas (2001). Se llevó a cabo modificaciones en cuanto a las preguntas presentes en el instrumento original ya que cada organización tiene sus propias particularidades, empezando por la estructura de la misma, la dinámica del trabajo y las relaciones interpersonales que se dan en determinado espacio, sin embargo, la condición de salud de la muestra es la que toma relevancia en el presente estudio.

Para ello, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a trabajadores con diagnóstico de enfermedad ocupacional y el equivalente de trabajadores encuestados sin ninguna patología. Del resultado obtenido en dichas entrevistas se procedió a la construcción del banco de ítems que posteriormente se presentó al juicio de expertos para la validez de contenido.

El panel de jueces estuvo conformado por tres especialistas de las áreas relacionadas al objeto de estudio (Medicina Ocupacional, agente de SSL y docente de la escuela de Psicología, UCV de la mención de industrial), A continuación se exponen las observaciones y sugerencias recogidas:

- Revisión a profundidad de cada ítem, y su correspondencia a los contextos y niveles a evaluar, en donde se procedió a la reubicación de dichos ítems.
- Eliminación de algunos ítems que pudieran generar polémica en el momento de la aplicación, debido a la realidad laboral de la muestra.

- Revisión y modificación de las instrucciones a impartir de cada instrumento, a una forma más clara y detallada de como responder los mismos.
- Implementación de un glosario de palabras paralelo al instrumento, con el fin de que los participantes entendieran la esencia de determinados planteamientos.
- Se cambió la redacción de algunos ítems y se ajustó el orden numérico del mismo, según el nivel y el contexto a evaluar.

Tabla 4.

<i>Adaptación del Instrumento Calidad de Vida Percibida</i>		
Criterios	Rojas, 1998	Rincón y Rojas 2012
Participantes	109 trabajadores de 2 museos de ccs.	50 trabajadores diagnosticados con EO
Contexto	Instalaciones de 2 museos de ccs	Sala de conferencias de la empresa de transporte.
Confiabilidad	Se calculó mediante: Alpha de Cronbach: 0,95	Se calculó mediante: Alpha de Cronbach: 0,97
Válidez	De contenido por Juicio de Expertos (3)	De contenido por Juicio de Expertos (4)
Número de Items	83	65
Aplicación	Individual y colectivo con presencia del examinador	Individual con presencia del examinador

Partiendo del resultado final de la adaptación del instrumento CVP-TEO, a continuación se muestra la distribución final de los ítems presentes en el instrumento y la correlación en cuanto al nivel y contexto a evaluar.

Tabla 5.

Contexto	Según Reimel y Muñoz (1990), refiere a:	Total Ítems	Niveles	Distribución de Ítems
LABORAL	Elementos de importancia relacionados al lugar de trabajo que interfieren en el desempeño como beneficios, remuneración según funciones, ayudas económicas o agraven la condición de salud existente como mobiliarios ergonómicos, servicio médico, espacios para cumplir indicaciones médicas, posibilidad de reubicación, horario compañerismo, receptividad de los jefes, cursos, actividades, etc...	23	A.- Físico/Material	1 al 12
			B.- Relac. Interpersonales	13 al 17
			C.- Actividades	18 al 23
FAMILIAR	Elementos de índole económicos, ingresos Vs. gastos para alimentación, vivienda, educación transporte, pago de servicios. Así como la confianza con el grupo familiar, actividades recreativas y que haceres domésticos, etc.	24	A.- Físico/Material	24 al 34
			B.- Relac. Interpersonales	35 al 31
			C.- Actividades	42 al 48
COMUNITARIO	Elementos de importancia a la zona de residencia como servicios públicos, relaciones y actividades comunes con vecinos, etc...	18	A.- Físico/Material	49 al 59
			B.- Relac. Interpersonales	60 al 62
			C.- Actividades	63 al 65
TOTAL ÍTEMS		65		

Fuente: Instrumento de Calidad de Vida Percibida en Trabajadores con Enfermedad Ocupacional. (Rincón y Rojas, 2012)

6.6.2. Estrategias de Afrontamiento

Instrumento: Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Adaptación Española de Cano, Rodríguez y García (2007).

El objetivo de este instrumento es hacer que los sujetos rememoren alguna situación estresante, la cual puede ser analizada en el presente o ser contemplada en el futuro, con el fin de conocer las estrategias de afrontamiento que estos emplean para hacer frente a dicha situación.

Su basamento teórico radica en la teoría de estrés-afrontamiento de Lazarus y Folkman, (1991) y las estrategias propuestas por estos autores conocidas como el afrontamiento dirigido a la acción, que son actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar.

El presente instrumento recoge dos tipos de datos: uno cualitativo y otro cuantitativo.

Cualitativamente, se solicita a la persona describir la situación estresante, el propósito de este apartado es que da espacio a profundizar en el significado

individual mediante el análisis narrativo de la situación narrada por el sujeto, permitiendo descubrir nuevas formas de afrontamiento, las cuales, no están contempladas en los cuestionarios, o por otro lado aclara qué estresor se está afrontado.

Cuantitativamente, la misma persona debe indicar la frecuencia de utilización de determinadas estrategias de afrontamiento según una escala Likert de cinco puntos:

- 0: en absoluto
- 1: un poco
- 2: bastante
- 3: mucho
- 4: totalmente

Y al final de la escala responden un ítem adicional que refiere al grado de eficacia percibida en su afrontamiento.

El tiempo en el que se puede obtener la información puede ser relativamente corto (Dependiendo del desempeño de cada sujeto), tanto en las narraciones situacionales como las puntuaciones pertinentes a ésta, al recordar la situación estresante puede ser analizada en el presente o incluso puede ser contemplada en el futuro, es posible detallar una situación en específico o valorar todo un contexto de situaciones estresantes, lo cual va a variar según la asociación libre que realice el sujeto.

Los factores que componen el presente inventario son:

- **Factor 1.** *Resolución de problemas:* estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que la produce.
- **Factor 2.** *Autocrítica:* estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

- **Factor 3.** *Expresión emocional:* son las encaminadas a liberar emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- **Factor 4.** *Pensamiento desiderativo:* estrategia cognitiva que refleja el deseo de que la realidad no fuese estresante.
- **Factor 5.** *Apoyo social:* son aquellas estrategias referidas a la búsqueda emocional.
- **Factor 6.** *Reestructuración cognitiva:* son aquellas estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- **Factor 7.** *Evitación de problemas:* son aquellas estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con la situación estresante.
- **Factor 8.** *Retirada social:* son aquellas estrategias donde el sujeto se retira de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.

A continuación las claves de corrección propuesta por los autores para el presente instrumento:

Tabla 6.

Claves de Corrección	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento
(Cano, Rodríguez y García, 2007)

Dentro de sus propiedades psicométricas, se puede decir que el coeficiente de consistencia interna se encuentra entre 0,63 y 0,89, posee un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach que oscilan entre 0,72 y 0,94 y su validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento. (Cano, Rodríguez y García, 2007).

Este instrumento se ha utilizado en diversas investigaciones de afrontamiento de personas con trasplante, Tix A, Frazier P, (1998); en enfermos por virus VIH, Bachanas P, Kullgren K, Schwartz K, Lanier B, McDaniel J, Smith J, (2001); en estrés postraumático, Najavits L, Weiss R, Shaw S, (1999); en amputados, Haines J, Williams C, (1997) en auto mutilados, Livneh H, Antonak R, Grhardt J, (2000), entre otros.

6.7 Procedimiento.

El procediendo fue abordado en 6 fases:

Fase 1: Solicitud del permiso a la empresa donde labora la muestra.

Seguidamente se presentó la propuesta de la investigación al Gerente de RRHH, siendo el resultado la aceptación de llevar a cabo la investigación en las mismas instalaciones facilitando el listado de aquellos trabajadores diagnosticados con enfermedad ocupacional e información pertinente a esta población.

Fase 2: Adaptación del instrumento Calidad de Vida Percibida de trabajadores con Enfermedad Ocupacional (CVP-TEO) por Rincón y Rojas.

Se solicitó autorización por parte de la autora para el uso del instrumento original “Calidad de Vida Percibida del personal de dos Museos en el Área Metropolitana de Caracas” Rojas (1999).

Fase 3: Diseño y Elaboración.

Se procedió a la ejecución de entrevistas semiestructuradas a 40 trabajadores de la empresa, 20 de ellos conformaban parte de la muestra (diagnosticados con

enfermedad ocupacional) y los 20 restantes, referían a compañeros de trabajo sin enfermedad ocupacional (pares, supervisores, gerentes). Partiendo de la información arrojada de estas entrevistas, se realizó categorías de contenido para proceder a la construcción del banco de ítems en el instrumento a aplicar.

Fase 4: Identificación de Validez de Contenido.

Se sometió el instrumento preliminar a la validación de contenido por 4 jueces expertos, los cuales evaluaron el instrumento por medio de los siguientes criterios de evaluación: a) pertinencia del ítem; b) relevancia del ítem; c) coherencia del ítem, d) claridad del ítem; y e) suficiencia de los ítems para evaluar cada dimensión y la CVP. Esta evaluación tuvo una duración de veinte días, al cabo de los cuales se analizaron las observaciones y con base a ellos se elaboraron las diferentes correcciones y sugerencias hechas por cada juez.

Fase 5: Estandarización de condiciones para la aplicación de los instrumentos.

Para ello se mantuvieron las mismas condiciones y técnicas reguladas de aplicación para todos los participantes, esto en cuanto a la presentación de las instrucciones, tono de voz, materiales e instrumentos utilizados, espacio físico amplio y cómodo, con buena visibilidad, y control de interrupciones.

Fase 6: Aplicación final.

En esta fase se procedió a la aplicación de ambos instrumentos CSI, Adaptación española por Cano, Rodríguez y García (2007) y CVP-TEO por Rincón y Rojas, (2012). Para la aplicación de los instrumentos se solicitó la participación voluntaria de los trabajadores que cumplieran las características de la muestra a estudiar y se procedió a la aplicación, dicha aplicación se llevó a cabo de manera individual (Investigador-participante). Se realizó un listado donde se codificaba a los participantes y así mantener el orden de cada sujeto al cual se le suministraba el instrumento, manteniendo la confidencialidad de la información recogida. Una vez recolectada la información se procedió a su análisis.

6.8. Consideraciones éticas.

Esta investigación tuvo lugar siguiendo lo contemplado en el capítulo I, de los Deberes Éticos en el Área de la Investigación del código de ética del psicólogo en Venezuela (1981), cuyos artículos reflejan lo siguiente:

Artículo 57: Proteger la integridad física y mental de la persona. Es por ello, que el sujeto debe sentirse en plena libertad de formar parte de la investigación o no, así como también debe estar informado en su totalidad de los objetivos y alcance que persiga la misma.

Artículo 60: El investigador procurará mantener bajo anonimato toda información implícita en la investigación, así como evitará cualquier impacto negativo en los examinados.

Artículo 63: El Psicólogo desde el Rol de Investigador debe, en lo posible, difundir los resultados obtenidos a otros investigadores.

Artículo 69: El psicólogo debe velar por la información obtenida con suma responsabilidad, con el fin de que ésta sea de utilidad para la comunidad y proteger a la muestra participante.

Artículo 75: El Psicólogo que en sus investigaciones utilice datos pertenecientes a la institución en la que está empleado, deberá estar autorizado previamente por ésta.

Artículo 85: El material para la investigación sólo debe ser manipulado por el psicólogo o personal capacitado profesionalmente en la aplicación de los instrumentos a utilizar.

Por otra parte, tomando en cuenta las consideraciones de Sojo (2004), en cuanto a la ética en investigaciones psicológicas con humanos, resalta un punto importante en cuanto al propósito del estudio, ya que como asevera León (1973) citado por Sojo (2004) “el experimento debe realizarse con la intención de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad” (p.4).

Con lo anterior expuesto y dentro del lineamiento de la ética autores como Hernández y cols. (2006) y Coolican (1997), aluden que es deber de los

investigadores tener la preparación y conocimiento necesario como componentes indispensables para aportar validez y confiabilidad a la investigación.

6.9. Procesamiento y tratamiento estadístico de los datos

Construcción de pantalla de captura. La pantalla de captura se construyó para organizar los datos cuantitativos recogidos a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) y el cuestionario de Calidad de Vida Percibida para trabajadores con Enfermedad Ocupacional (CVP-TEO), empleando para ello el programa Excel 2003. Se creó una columna para cada ítem, respetando su orden de aparición.

También se creó una columna para cada participante del estudio, cuidando la correspondencia entre cada persona y su cadena de datos (sociodemográficos e inventariados).

Consolidación de base de datos. Posterior al vaciado de los datos se procedió a la validación de la transcripción de forma papel – pantalla. Esto para garantizar que lo arrojado en la pantalla de captura se correspondiera fielmente a lo registrado en los instrumentos de recolección de información (IEA y CVP-EO).

Dado el tamaño de la muestra se validó el 100% de los datos, no encontrándose error de transcripción.

Tratamiento estadístico. Se emplearon las medidas de tendencia central, media, mediana y moda, así como medidas de dispersión, desviación estándar.

Se empleó el Análisis de Varianza Factorial (ANOVA), con el fin de medir la diferencia entre grupos/causal, prueba estadística de tipo paramétrica. Y se tomó como nivel de confianza aceptable el Alpha 0,05 el más comúnmente utilizado en las investigaciones de ciencias sociales.

Con el objeto de conocer el grado de asociación entre las variables CVP y EA se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Finalmente, para el tratamiento estadístico de los datos se empleó el programa SPSS versión 19,0.

Una vez consolidada la base de datos se generaron los valores de Estrategias de Afrontamiento y los trece índices de Calidad de Vida Percibida, y fueron trasladados al SPSS para su tratamiento estadístico.

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En respuesta de los objetivos planteados en la presente investigación, en este apartado se expondrá los resultados obtenidos iniciando con la evaluación de la calidad de vida percibida de la población en estudio así como las estrategias de afrontamiento que la misma ha implementado en aquellos eventos amenazantes producto de su enfermedad ocupacional y posteriormente se dará a conocer el resultado de la correlación entre ambas variables.

Los resultados presentados a continuación se obtuvieron a partir de la tabulación de los datos arrojados por el instrumento en los programas SPSS y Excel; se recogió la información referente a los análisis obtenidos a partir de la aplicación del Instrumento de Calidad de Vida Percibida y el Instrumento de Estrategias de Afrontamiento en la población compuesta por trabajadores con enfermedad ocupacional.

Los datos objetos a análisis corresponden a estadística descriptiva, media, mediana y moda, los cuales permiten establecer una puntuación grupal del comportamiento de un diseño descriptivo. (Urrego, 2011).

7.1. Descripción de la Muestra

La muestra estuvo conformada por 50 trabajadores con enfermedad ocupacional adscritos a la Gerencia de Región Capital de una empresa de transporte expreso de encomiendas.

Tabla 7

<i>Características sociodemográficas</i>			
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	6	12
	Hombre	44	88
Edad	Menor de 37	29	38
	Mayor de 37	31	62
Carga Familiar	Presencia	42	84
	Ausencia	8	16

En la tabla 7 se observa que las edades están comprendidas desde los 21 hasta 59 años con un promedio de edad de 37 años, siendo 45 sujetos de sexo masculino y 6 de sexo femenino.

Dicha muestra tiene en común la identificación de la Enfermedad Ocupacional, afección o lesión que sufre el trabajador como la localización de la misma y de su naturaleza; a su vez se toma como criterio el diagnóstico de carácter ocupacional avalado por el Médico Ocupacional de la empresa y que cada caso haya cumplido con lo establecido por la Norma Técnica para la declaración de la enfermedad ocupacional, (NT-02-2008) y lo establecido por el artículo 73 de la LOPCYMAT (2005).

7.2. Evaluación de la Calidad de Vida Percibida presente en Trabajadores con Enfermedad Ocupacional.

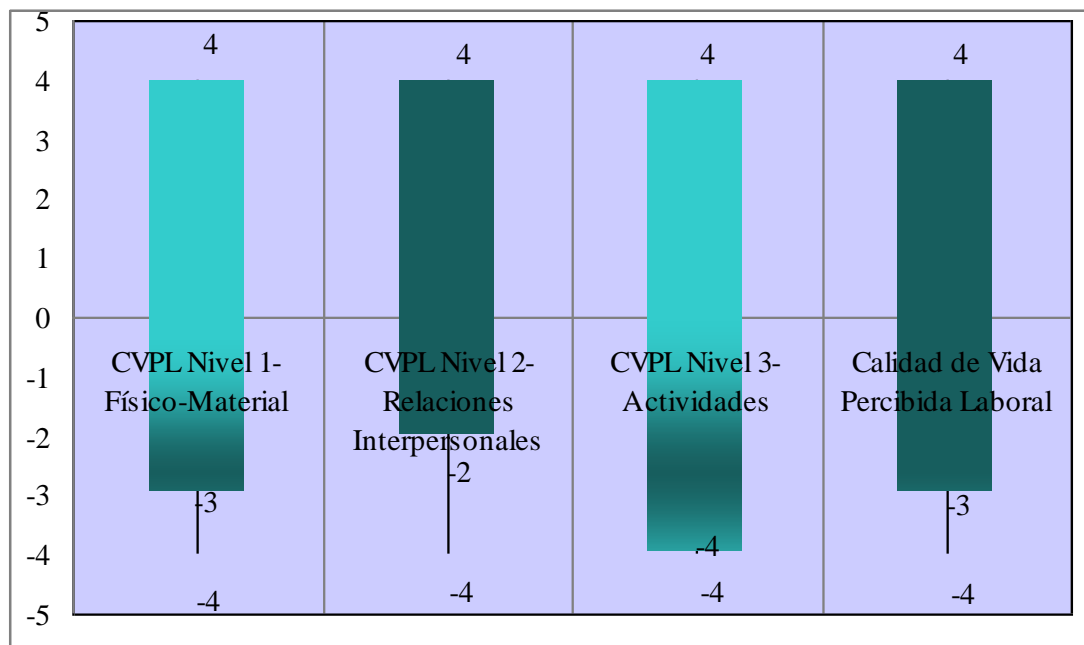


Figura 1. Diagrama de caja y bigotes para los Niveles y el Contexto de Calidad de Vida Percibida Laboral.

En la Figura 1 (Ver Anexo 5), se puede observar que el Nivel más bajo el 1- Físico-Material (media: -1,72; mediana: -3,00 y moda: -3,00), seguido por el Nivel 3- Actividades (media: -0,96; mediana: -2,00 y moda: -4) y por último el Nivel 2- Relaciones Interpersonales (media: -0,84; mediana: -1,50 y moda: -2,00).

Lo cual indica que los trabajadores encuestados se encuentran en el contexto laboral muy insatisfechos, seguido por sus actividades y por último presentan algo de satisfacción en cuanto a sus relaciones interpersonales.

En relación a la dispersión típica o variabilidad, se observa que la desviación típica más alta (2,57) la cual corresponde al Nivel 3-Actividades y las más bajas (2,35 y 2,24) pertenecientes al Nivel 2-Relaciones Interpersonales y el Nivel 1- Físico-Material.

Lo cual indica que los trabajadores de la población a estudio tienden a evaluar de forma más dispersa el Nivel 3, en contraste con el Nivel 1 y 2 donde la apreciación tiende a ser más homogénea.

Con relación a los valores mínimos del contexto laboral, el valor más bajo (-4,00), se registró en los tres niveles evaluados, a diferencia del valor máximo, en que los Niveles 1, 2 y 3 registran por igual (4,00).

Por último se aprecia que el Contexto de la Calidad de Vida Percibida Laboral presenta una media de -1,16; una mediana de -2,00, lo cual indica insatisfacción y una moda de -3 que corresponde al puntaje más frecuente de la distribución. Considerando que la escala de valores en el contexto va del -4 hasta el +4, donde los valores positivos refieren a los grados de satisfacción y los negativos a los grados de insatisfacción que experimenta la muestra. Por otro lado refiere un valor mínimo de -4,00 y un valor máximo de 3,00 con una desviación típica de 2,04.

En la tabla 8, se refleja que más de la mitad de los trabajadores encuestados están insatisfechos en relación al Nivel 1 (físico-material) que corresponde al contexto laboral, esta representada por el 78% de la muestra, siendo el porcentaje más alto en este contexto.

Tabla 8.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral Nivel 1 Físico-Material.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total Insatisfacción	10	20,00
	Muy Insatisfecho	16	32,00
	Insatisfecho	6	12,00
	Algo Insatisfecho	7	14,00
	Algo Satisfecho	7	14,00
	Satisfecho	1	2,00
	Muy Satisfecho	3	6,00
	Total	50	100,00

En la Tabla 9 se aprecia que más de la mitad de los trabajadores encuestados se encuentran insatisfechos en el Nivel 2 (relaciones interpersonales) dentro del contexto laboral, el cual está representado por el 64% de la muestra.

Tabla 9.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral Nivel 2 Relaciones Interpersonales.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total Insatisfacción	6	12,00
	Muy Insatisfecho	8	16,00
	Insatisfecho	11	22,00
	Algo Insatisfecho	7	14,00
	Algo Satisfecho	9	18,00
	Satisfecho	3	6,00
	Muy Satisfecho	4	8,00
	Total Satisfacción	2	4,00
Total	50	100,00	

En la tabla 10 se observa que más de la mitad de los trabajadores encuestados están insatisfechos en relación al Nivel 3 (actividades) correspondiente al contexto laboral, lo cual representa el 62% de la muestra.

Tabla 10.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral Nivel 3 Actividades.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total Insatisfacción	10	20,00
	Muy Insatisfecho	8	16,00
	Insatisfecho	9	18,00
	Algo Insatisfecho	4	8,00
	Algo Satisfecho	9	18,00
	Satisfecho	3	6,00
	Muy Satisfecho	5	10,00
	Total Satisfacción	2	4,00
	Total	50	100,00

En la Tabla 11 (Ver Anexo 6) refiere a que los trabajadores reportan más insatisfacción que satisfacción en el contexto laboral, representado por el 60% de los trabajadores encuestados.

Tabla 11.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total Insatisfacción	2	4,00
	Muy Insatisfecho	15	30,00
	Insatisfecho	12	24,00
	Algo Insatisfecho	6	12,00
	Algo Satisfecho	8	16,00
	Satisfecho	4	8,00
	Muy Satisfecho	3	6,00
	Total	50	100,00

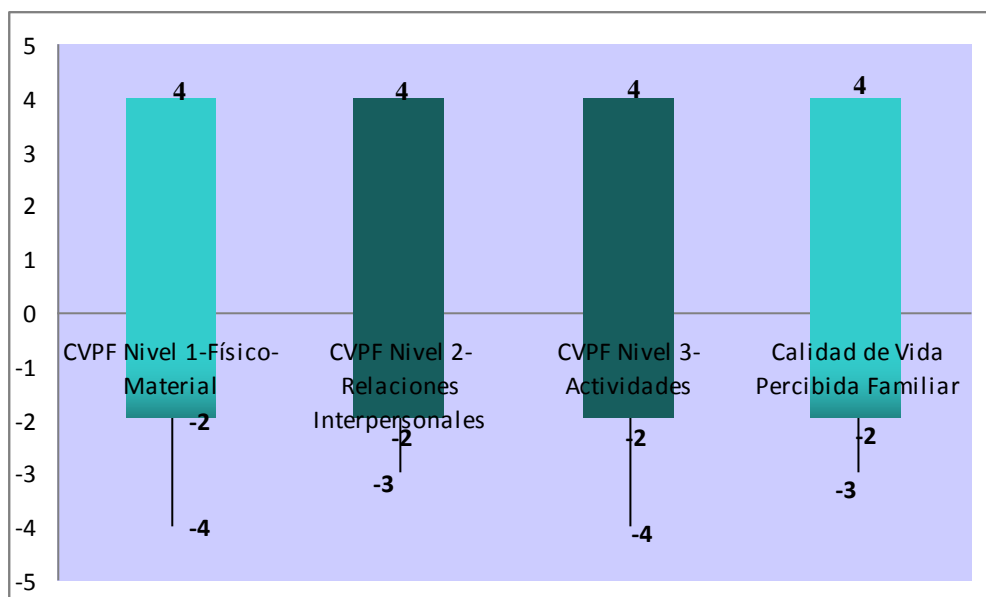


Figura 2. Diagrama de caja y bigotes para los Niveles y el Contexto de Calidad de Vida Percibida Familiar.

En la Figura 2 (Ver Anexo 7) se puede observar que el Nivel más alto es el 2-Relaciones Interpersonales (media: 0,38; mediana: 1,00y moda: -2,00). Por otra parte el Nivel más bajo es el 1-Físico-Material (media: -0,86; mediana: -1,50 y moda: -2,00) seguido por el Nivel 3-Actividades (media: -0,52; mediana: -1,00 y moda: -2,00).

Esto indica que los trabajadores encuestados presentan en el contexto familiar mayor satisfacción en las relaciones interpersonales. Por lo contrario los valores más bajos indican que los trabajadores se encuentran insatisfechos en cuanto a sus Niveles físico-material y de actividades.

En relación a la dispersión típica o variabilidad, se observa que la más altas (2,28 y 2,27) corresponde respectivamente al Nivel 2-Relaciones Interpersonales y el Nivel 3-Actividades. Por lo contrario la más baja (1,92) pertenece al Nivel 1-Físico-Material. Esto indica que los trabajadores encuestados tienden a evaluar de forma más homogénea los Niveles 2 y 3, en contraste con el Nivel 1, donde se observa que la apreciación tiende a ser más dispersa.

Con relación a los valores mínimos del contexto familiar, el valor más bajo pertenece a los Niveles 1-Físico-Material y 3-Actividades (-4,00), seguido por el

Nivel 2-Relaciones Interpersonales (-3), a diferencia del valor máximo, en el que todos los Niveles son (4,00).

Por último, se Observa que el Contexto de la Calidad de Vida Percibida Familiar presenta una media de $-0,36$; una mediana de $-1,00$, lo cual indica insatisfacción y una moda de -2 que corresponde al puntaje mas frecuente de la distribución. Además refiere un valor mínimo de $-3,00$ y un valor máximo de $4,00$ con una desviación típica de $1,83$.

En la Tabla 12 se aprecia que más de la mitad de los trabajadores encuestados se encuentran insatisfechos en el Nivel 1 (Físico-Material) dentro del contexto familiar, el cual está representado por el 70%, del grupo en estudio, siendo el porcentaje más alto en este contexto.

Tabla 12.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar Nivel 1 Físico-Material.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total Insatisfacción	2	4,00
	Muy Insatisfecho	5	10,00
	Insatisfecho	18	36,00
	Algo Insatisfecho	10	20,00
	Algo Satisfecho	9	18,00
	Satisfecho	2	4,00
	Muy Satisfecho	3	6,00
	Total Satisfacción	1	2,00
	Total	50	100,00

En la Tabla 13 se aprecia que más de la mitad de los trabajadores encuestados se encuentran insatisfechos en el Nivel 2 (relaciones interpersonales) dentro del contexto familiar, el cual esta representado por el 66% de la muestra.

Tabla 13.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar Nivel 2 Relaciones Interpersonales.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy Insatisfecho	5	10,00
	Insatisfecho	13	26,00
	Algo Insatisfecho	2	4,00
	Algo Satisfecho	13	26,00
	Satisfecho	6	12,00
	Muy Satisfecho	7	14,00
	Total Satisfacción	4	8,00
	Total	50	100,00

En la Tabla 14 se aprecia que más de la mitad de los trabajadores encuestados se encuentran insatisfechos en el Nivel 3 (actividades) dentro del contexto familiar, el cual esta representado por el 60% de los trabajadores encuestados.

Tabla 14.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar Nivel 3 Actividades.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total Insatisfacción	1	2,00
	Muy Insatisfecho	10	20,00
	Insatisfecho	13	26,00
	Algo Insatisfecho	6	12,00
	Algo Satisfecho	9	18,00
	Satisfecho	4	8,00
	Muy Satisfecho	5	10,00
	Total Satisfacción	2	4,00
	Total	50	100,00

En la Tabla 15 se aprecia que más de la mitad de los trabajadores encuestados se encuentran insatisfechos en el contexto de calidad de vida percibida familiar, el cual ésta representado por el 60% de la población en estudio. (Ver Anexo 8).

Tabla 15.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy Insatisfecho	4	8,00
	Insatisfecho	14	28,00
	Algo Insatisfecho	12	24,00
	Algo Satisfecho	8	16,00
	Satisfecho	11	22,00
	Total Satisfacción	1	2,00
	Total	50	100,00

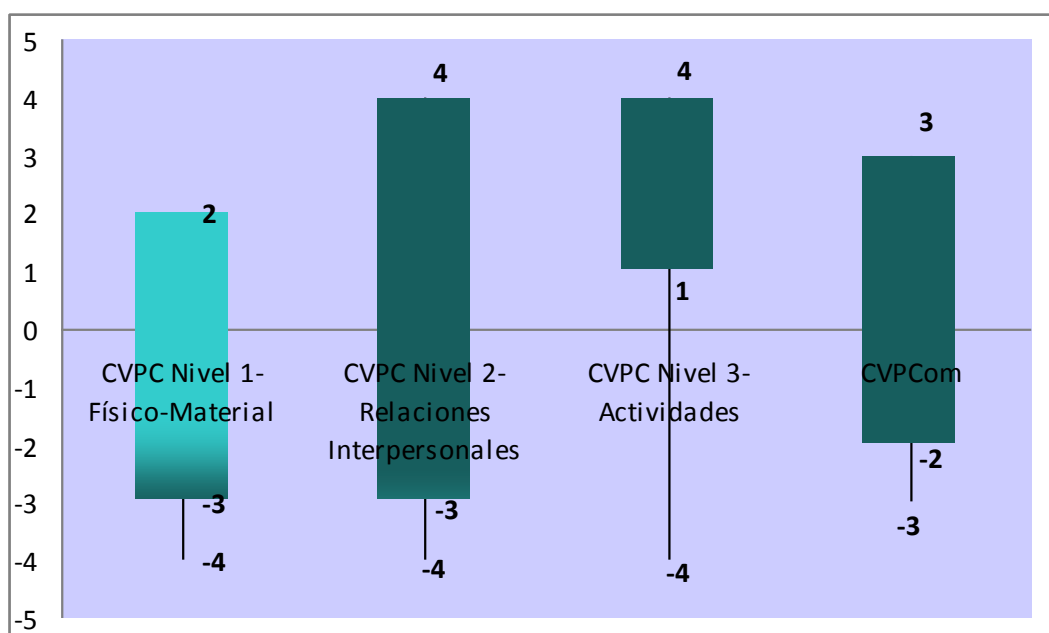


Figura 3. Diagrama de caja y bigotes para los Niveles y el Contexto de Calidad de Vida Percibida Comunitario.

En la Figura 3 (Ver Anexo 9) se puede observar que el Nivel más bajo es el 1- Físico-Material (media: -1,44; mediana: -2,00 y moda: -3,00), seguido por el Nivel 3- Actividades (media: - 0,76; mediana: -1,00 y moda: 1,00) y por último el Nivel 2- Relaciones Interpersonales (media: - 0,60; mediana: -1,00 y moda: -3,00).

Esto indica que los trabajadores encuestados presentan en el contexto comunitario menor satisfacción en el Nivel 1 (físico-materia) seguido de algo de insatisfacción en los Niveles 3 (actividades) y 2 (relaciones interpersonales).

En relación a la dispersión típica o variabilidad, se observa que la más alta (2,31 y 2,17) que corresponde al Nivel 2-Relaciones Interpersonales, y el Nivel 3-Actividades. Por lo contrario la más baja (1,87) la cual pertenece al Nivel 1-Físico-Material.

Lo cual indica que los trabajadores encuestados tienden a evaluar de forma más homogénea los Niveles 2 y 3, en contraste al Nivel 1, donde se observa que la apreciación tiende a ser más dispersa.

Con relación a los valores mínimos del contexto comunitario, el valor más bajo (-4,00) se encuentra presente en todos los Niveles, a diferencia del valor máximo, (4,00) corresponde a los Niveles 2-Relaciones Interpersonales y 3-Actividades, seguido por el Nivel 1. Físico-Materia (2,00).

Por último, en el Contexto de la Calidad de Vida Percibida Comunitario presenta una media de -0,94; una mediana de -1,50, lo cual indica insatisfacción y una moda de -2,00 que corresponde al puntaje más frecuente de la distribución. Además refiere un valor mínimo de -3,00 y un valor máximo de 3,00 con una desviación típica de 1,42.

En la Tabla 16 se aprecia que más de la mitad de los trabajadores encuestados se encuentran insatisfechos en el Nivel 1 (físico-material) dentro del contexto comunitario, el cual está representado por el 74%, de la población a estudio, siendo el porcentaje más alto en este contexto.

Tabla 16.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario Nivel 1 Físico-Material.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total Insatisfacción	4	8,00
	Muy Insatisfecho	14	28,00
	Insatisfecho	13	26,00
	Algo Insatisfecho	6	12,00
	Algo Satisfecho	8	16,00
	Satisfecho	5	10,00
	Total	50	100,00

En la Tabla 17 se aprecia que más de la mitad de los trabajadores encuestados se encuentran insatisfechos en el Nivel 2 (actividades) dentro del contexto comunitario, el cual está representado por el 64% de la muestra.

Tabla 17.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario Nivel 2 Relaciones Interpersonales.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total Insatisfacción	1	2,00
	Muy Insatisfecho	12	24,00
	Insatisfecho	10	20,00
	Algo Insatisfecho	9	18,00
	Algo Satisfecho	7	14,00
	Satisfecho	4	8,00
	Muy Insatisfecho	4	8,00
	Total Satisfacción	3	6,00
	Total	50	100,00

En la Tabla 18 se aprecia que más de la mitad de los trabajadores encuestados se encuentran insatisfechos en el Nivel 3 (actividades) dentro del contexto comunitario, el cual está representado por el 62% de la muestra.

Tabla 18.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario Nivel 3 Actividades.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Total Insatisfacción	2	4,00
	Muy Insatisfecho	11	22,00
	Insatisfecho	11	22,00
	Algo Insatisfecho	7	14,00
	Algo Satisfecho	13	26,00
	Satisfecho	2	4,00
	Muy Insatisfecho	1	2,00
	Total Satisfacción	3	6,00
	Total	50	100,00

En la Tabla 19 (Ver Anexo 10) refiere que los trabajadores reportan más insatisfacción que satisfacción en el contexto comunitario, representado por el 72% de los trabajadores encuestados.

Tabla 19.

Frecuencias para Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy Insatisfecho	12	24,00
	Insatisfecho	13	26,00
	Algo Insatisfecho	11	22,00
	Algo Satisfecho	6	12,00
	Satisfecho	4	8,00
	Muy Satisfecho	4	8,00
	Total	50	100,00

7.3 Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento presentes en trabajadores con Enfermedad Ocupacional.

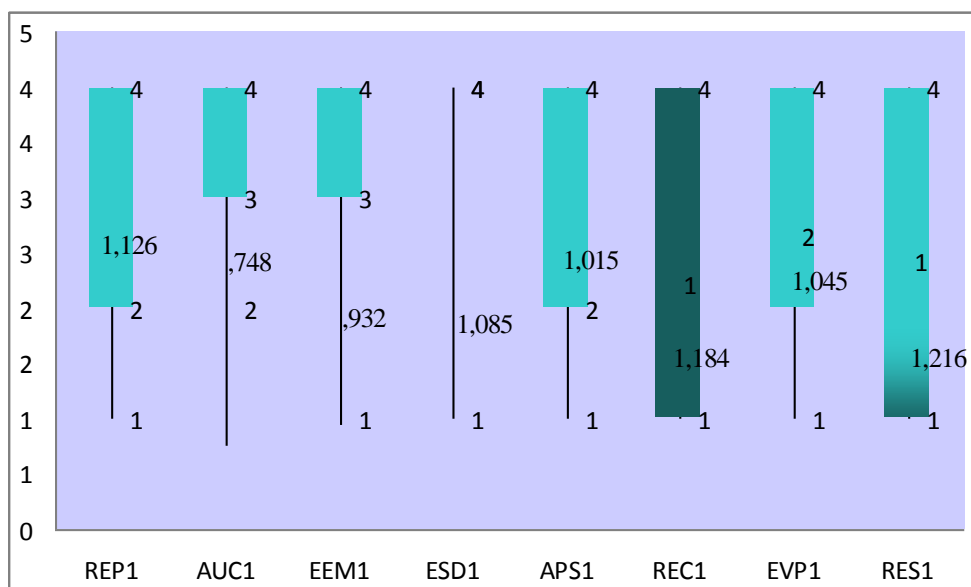


Figura 4. Diagrama de caja y bigotes para las Estrategias de Afrontamiento presentes en los trabajadores.

En la Figura 4 (Ver Anexo 11), se aprecia los resultados de las ocho escalas en general; en primer lugar se encuentra las escalas que obtuvieron mayor puntaje las cuales comprenden pensamiento desiderativo (media: 2,92; mediana: 3,00 y moda: 4), seguida por la estrategia de autocrítica (media: 2,82; mediana: 3,00 y moda: 3), lo cual significa que son las estrategias de afrontamiento más empleadas por los trabajadores.

Por otro lado las escalas que arrojaron el puntaje más bajo es reestructuración cognitiva (media: 2,16; mediana: 2,00 y moda: 1) seguida por expresión emocional (media: 2,22; mediana: 2,00 y moda: 3), lo cual indica que son las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por los trabajadores.

En relación a los resultados anteriores se puede decir que la moda registrada en los resultados de las estrategias de afrontamiento es de carácter multimodal, lo cual significa que existen más de dos valores que se presentan con frecuencia en la distribución de los datos.

En relación a la dispersión típica o variabilidad, se observa que las desviaciones típicas más altas (1,216; 1,184; 1,126;) corresponde a las estrategias de retirada social; reestructuración cognitiva y resolución de problemas, seguidas por pensamiento desiderativo (1,085); apoyo social (1,015) y evitación de problemas (1,045).

Lo cual indica que los trabajadores tienden a evaluar de forma más homogénea las estrategias mencionadas, en contraste con la apreciación de las estrategias de autocrítica (0,748) y expresión emocional (0,932), las cuales son más dispersas ya que su puntuación son las más bajas.

En relación a los valores mínimos de la escala de estrategia de afrontamiento, el valor más bajo corresponde a las estrategias de resolución de problemas, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social (1), seguida por autocrítica (2). A diferencia del valor máximo (4), el cual se registró por igual en todas las estrategias de afrontamiento.

A continuación se presentará el análisis de datos de la descripción de las escalas de afrontamiento, frente a los rangos establecidos (Bajo, Medio Bajo, Medio Alto y Alto), partiendo de la frecuencia con que los trabajadores implementan cada una de ellas.

En la Tabla 20 se aprecia que los trabajadores puntúan con el 30% a la estrategia de resolución de problemas en un rango medio bajo, seguido por el rango bajo con el 26% lo cual indica que la mayoría de los trabajadores no poseen un buen manejo de afrontamiento adaptativo centrado en el problema, es decir, sus estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés son escasas.

Tabla 20.

Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Resolución de Problemas (REP).

	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	13	26
	Medio Bajo	15	30
	Medio Alto	10	20
	Alto	12	24
	Total	50	100

En la Tabla 21 se observa que los trabajadores puntúan con el 42% a la estrategia de autocrítica, ubicando a ésta en un rango medio alto, seguido por el rango alto con el 20%, lo que refiere que la mayoría de los trabajadores suelen usar estrategias inadaptativas centradas en la emoción como autoinculparse y autocriticarse, para hacer frente a situaciones estresantes.

Tabla 21.

Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Autocrítica (AUC).

	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	0	0
	Medio Bajo	19	38
	Medio Alto	21	42
	Alto	10	20
	Total	50	100

En la tabla 22 se observa que la escala centrada en la emoción como la expresión emocional concentra el mayor porcentaje en los rangos bajo y medio bajo, donde cada uno obtuvo el 28%, lo cual indica que esta estrategia adaptativa se presenta con menor frecuencia en la mayoría de los trabajadores encuestados, la cual, está encaminada a liberar las emociones que acontecen el proceso de estrés.

Tabla 22.

Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Expresión Emocional (EEM).

	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	14	28
	Medio Bajo	14	28
	Medio Alto	19	38
	Alto	3	6
	Total	50	100

En la Tabla 23 se aprecia la escala de pensamiento desiderativo la cual se ubica en el rango alto con un 40%, seguida por el rango medio alto con el 26%. Lo cual indica que la mayoría de los trabajadores presentan con mayor frecuencia estrategias cognitivas inadecuadas centradas en el problema (PSD), que reflejan el deseo de que la realidad no fuese estresante.

Tabla 23.

Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Pensamiento Desiderativo (PSD).

	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	7	14
	Medio Bajo	10	20
	Medio Alto	13	26
	Alto	20	40
	Total	50	100

En la tabla 24 se observa que los trabajadores puntúan a la escala de apoyo social (APS) con un 44%, ubicando a ésta en el rango medio bajo, seguido del rango bajo con el 22%. Lo que refiere a que la mayoría de la muestra con frecuencia presenta dificultades en estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.

Tabla 24.

Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento- Apoyo Social (APS).

	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	11	22
	Medio Bajo	22	44
	Medio Alto	8	16
	Alto	9	18
	Total	50	100

En la tabla 25, refleja que los trabajadores puntúan con el 42% a la escala de reestructuración cognitiva ubicando a ésta en un rango bajo, seguido por el rango medio bajo con el 20%. Lo cual indica que la mayoría de los trabajadores no poseen un buen manejo de afrontamiento adaptativo centrado en el problema, es decir, sus estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés son escasas.

Tabla 25.

Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Reestructuración Cognitiva (REC).

	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	21	42
	Medio Bajo	10	20
	Medio Alto	9	18
	Alto	10	20
	Total	50	100

En la tabla 26 se aprecia que la escala evitación de problemas, la cual se ubica en el rango medio bajo con un 40%; seguida por el rango bajo con el 22%, refiere a que la mayoría de los trabajadores no poseen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante, presentando con mayor frecuencia estrategias cognitivas inadecuadas centradas en el problema.

Tabla 26.

Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Evitación de Problemas (EVP).

	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	11	22
	Medio Bajo	20	40
	Medio Alto	9	18
	Alto	10	20
	Total	50	100

En la tabla 27 se observa que la escala de retirada social concentra el mayor porcentaje en el rango bajo con el 38% y el rango medio bajo con el 18%, lo que indica que la mayoría de los trabajadores suelen usar estrategias inadaptativas centradas en la emoción como el distanciamiento de personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante.

Tabla 27.

Frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento-Retirada Social (RES).

	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Bajo	19	38
	Medio Bajo	9	18
	Medio Alto	10	20
	Alto	12	24
	Total	50	100

Según lo descrito anteriormente, se categorizan las escalas de afrontamiento según el rango bajo donde se encuentran las escalas de Reestructuración Cognitiva (REC), Retirada Social (RES) y Expresión Emocional (EEM); en el rango medio bajo Apoyo Social (APS); Evitación de Problemas (EVP) y Resolución de Problemas (REP); en el rango medio alto no se ubicó ninguna escala, y por último las escalas ubicadas en el rango alto son Autocrítica (AUC) y Pensamiento Desiderativo (PSD). (Ver Anexo12).

7.4. Relación entre Calidad de Vida Percibida y las Estrategias de Afrontamiento presentes en trabajadores con Enfermedad Ocupacional.

En la tabla 28, se puede observar el comportamiento de los datos obtenidos en los niveles del Contexto Laboral de la Calidad de Vida Percibida y las diversas Estrategias de Afrontamiento presente en los trabajadores con enfermedad ocupacional. En este sentido, se aprecian correlaciones significativas positivas entre: Resolución de Problemas (REP) y Apoyo Social (APS) con el Nivel 1 Físico-Material y a su vez éste último con la Calidad de Vida Percibida Laboral. Por lo contrario, se observan correlaciones significativas negativas entre el Nivel 1 Físico-Material con las escalas de Autocrítica (AUC); Apoyo Social (APS) y Retirada Social (RES), así como también entre el Nivel 3 de Actividades con AUC y Pensamiento Desiderativo (PSD).

Tabla 28.

Correlaciones para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral y las Escalas de Afrontamiento.

		Correlaciones				
		Calidad de Vida Percibida Laboral Físico-Material	Calidad de Vida Percibida Laboral Relaciones Interpersonales	Calidad de Vida Percibida Laboral Actividades	Calidad de Vida Percibida Laboral	Calidad de Vida Percibida Laboral Global
Resolución de Problemas (REP)	Correlación de Pearson	.294*	.053	.250	.221	.368**
	Sig. (bilateral)	.038	.713	.080	.122	.009
	N	50	50	50	50	50
Autocrítica (AUC)	Correlación de Pearson	-.329*	-.230	-.501**	-.320*	-.437**
	Sig. (bilateral)	.020	.108	.000	.004	.002
	N	50	50	50	50	50
Expresión Emocional (EEM)	Correlación de Pearson	.007	-.225	-.253	-.153	-.102
	Sig. (bilateral)	.962	.116	.076	.290	.481
	N	50	50	50	50	50
Pensamiento Desiderativo (PSD)	Correlación de Pearson	-.116	-.024	-.293*	-.148	-.066
	Sig. (bilateral)	.424	.876	.039	.304	.647
	N	50	50	50	50	50
Apoyo Social (APS)	Correlación de Pearson	.458**	.090	.272	.286*	.417**
	Sig. (bilateral)	.001	.534	.056	.044	.003
	N	50	50	50	50	50
Reestructuración Cognitiva (REC)	Correlación de Pearson	-.001	-.137	.070	-.033	.045
	Sig. (bilateral)	.994	.343	.627	.818	.756
	N	50	50	50	50	50
Evitación de Problemas (EVP)	Correlación de Pearson	.077	.051	-.073	-.005	-.088
	Sig. (bilateral)	.595	.726	.613	.972	.542
	N	50	50	50	50	50
Retirada Social (RES)	Correlación de Pearson	-.303*	-.252	-.254	-.317*	-.411**
	Sig. (bilateral)	.033	.077	.076	.025	.003
	N	50	50	50	50	50

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

En la tabla 29, se observa el comportamiento de los datos obtenidos en los niveles del Contexto Familiar de la Calidad de Vida Percibida y las escalas de las Estrategias de Afrontamiento. En este sentido se aprecian correlaciones positivas significativas entre las escalas de Resolución de Problemas (REP) y Apoyo Social

(APS) con todos los Niveles de este contexto. Por lo contrario se observan correlaciones significativas negativas entre las escalas Autocrítica (AUC) con los niveles 1 y 3 de este contexto, y Retirada Social (RES) con los tres Niveles.

Tabla 29.

Correlaciones para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar y las Escalas de Afrontamiento.

	Correlaciones				
	Calidad de Vida Percibida Familiar	Calidad de Vida Percibida Familiar	Calidad de Vida Percibida Familiar	Calidad de Vida Percibida Familiar	Calidad de Vida Percibida Familiar
	Físico-Material	Relaciones Interpersonales	Actividades	Familiar	Global
Resolución de Probl	.308*	.389**	.486**	.455**	.368**
Sig. (bilateral)	.029	.005	.000	.001	.009
N	50	50	50	50	50
Autocrítica (AUC)	-.320*	-.198	-.324*	-.349*	-.437**
Sig. (bilateral)	.024	.168	.022	.013	.002
N	50	50	50	50	50
Expresión Emocion	-.039	-.090	-.150	-.113	-.102
Sig. (bilateral)	.787	.535	.728	.434	.481
N	50	50	50	50	50
Pensamiento Desid	.002	-.060	-.106	-.171	-.066
Sig. (bilateral)	.987	.676	.466	.236	.647
N	50	50	50	50	50
Apoyo Soacial (AP	.323*	.394**	.377**	.416**	.417**
Sig. (bilateral)	.022	.005	.007	.003	.003
N	50	50	50	50	50
Reestructuración C	-.068	.201	.187	.101	.045
Sig. (bilateral)	.637	.161	.194	.487	.756
N	50	50	50	50	50
Evitación de Proble	-.085	-.011	-.033	-.090	-.088
Sig. (bilateral)	.558	.937	.821	.534	.542
N	50	50	50	50	50
Retirada Social (RI	-.402**	-.359*	-.377**	-.425**	-.411**
Sig. (bilateral)	.004	.010	.007	.002	.003
N	50	50	50	50	50

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

En la tabla 30, se observa el comportamiento de los datos obtenidos en los niveles del Contexto Comunitario de la Calidad de Vida Percibida y las escalas de las Estrategias de Afrontamiento. En este, se aprecian correlaciones positivas significativas entre las escalas de Apoyo Social (APS) con todos los Niveles de este contexto, al igual que la escala de Resolución de Problemas (REP) con el Nivel 1, Nivel 3, Calidad de Vida Percibida Comunitaria y Calidad de Vida Percibida General. Por lo contrario, se aprecian correlaciones significativas negativas entre las escalas Autocrítica (AUC) y Retirada Social (RES) con todos los Niveles de este contexto, a excepción del Nivel 3 Actividades para ambas escalas.

Tabla 30.

Correlaciones para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario y las Escalas de Afrontamiento.

		Correlaciones				
		Calidad de Vida Percibida Comunitario Físico-Material	Calidad de Vida Percibida Comunitario Relaciones Interpersonales	Calidad de Vida Percibida Comunitario Actividades	Calidad de Vida Percibida Comunitario	Calidad de Vida Percibida Global
Resolución de Problemas (REP)	Correlación de Pearson	.302*	.239	.418*	.369**	.368**
	Sig. (bilateral)	.033	.095	.003	.008	.009
	N	50	50	50	50	50
Autocrítica (AUC)	Correlación de Pearson	-.385*	-.310*	-.256	-.404**	-.437**
	Sig. (bilateral)	.006	.028	.073	.004	.002
	N	50	50	50	50	50
Expresión Emocional (EEM)	Correlación de Pearson	-.083	.056	.029	.001	-.102
	Sig. (bilateral)	.566	.698	.834	.993	.481
	N	50	50	50	50	50
Pensamiento Desiderativo (PSD)	Correlación de Pearson	.149	.044	.081	.115	-.066
	Sig. (bilateral)	.303	.762	.576	.425	.647
	N	50	50	50	50	50
Apoyo Soacial (APS)	Correlación de Pearson	.368**	.402**	.322*	.434**	.417**
	Sig. (bilateral)	.009	.004	.023	.002	.003
	N	50	50	50	50	50
Reestructuración Cognitiva (REC)	Correlación de Pearson	.047	.050	.018	.024	.045
	Sig. (bilateral)	.748	.731	.901	.867	.756
	N	50	50	50	50	50
Evitación de Problemas (EVP)	Correlación de Pearson	.026	-.054	-.124	-.106	-.088
	Sig. (bilateral)	.858	.711	.392	.456	.542
	N	50	50	50	50	50
Retirada Social (RES)	Correlación de Pearson	-.484**	-.296*	-.162	-.358*	-.411**
	Sig. (bilateral)	.003	.037	.262	.011	.003
	N	50	50	50	50	50

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Según lo expuesto anteriormente, donde se describe los resultados de los diferentes contextos que evalúan la calidad de vida percibida, se puede decir en términos generales que los trabajadores se sienten insatisfechos con la misma.

Por otro lado, en cuanto a la correlación entre las variables calidad de vida percibida y estrategias de afrontamiento, se obtuvieron valores significativamente positivos unos y significativamente negativos otros, permitiendo ver la asociación del uso de estrategias activas con una mayor satisfacción con la vida y el uso de estrategias pasivas con una menor satisfacción.

VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se realizan los análisis de acuerdo con los resultados obtenidos a los contextos y niveles de la Calidad de Vida Percibida descritos por Reimel y Muñoz (1990b) y presente en los trabajadores con enfermedad ocupacional.

En el contexto laboral se obtuvieron valores significativos de insatisfacción en los tres Niveles considerados (Físico-Material, Relaciones Interpersonales y Actividades).

Hallazgos similares indican la misma insatisfacción con otras muestras como los de Casas, Repullo y Lorenzo (2002) y Rojas y Reimel (2001), donde destacan que las condiciones de espacio físico y mobiliario inadecuado junto a que el trabajador no disponga de las herramientas y materiales adecuados para la correcta realización de sus funciones, son variables que inciden en la insatisfacción dentro del contexto laboral.

En cuanto al Nivel 2 (Relaciones Interpersonales), estos mismos autores refieren que la insatisfacción que incide en aminorar la calidad de vida en la dimensión laboral referida a las relaciones del individuo y su grupo de trabajo, se ven afectadas por el estilo de supervisión que tengan los jefes inmediatos y el tipo de trato que éstos emanen, también hacen referencia a la cultura de apoyo mutuo con sus pares y promover la cooperación entre las unidades de la organización, ya que la ausencia de contacto con otros compañeros tienden a generar situaciones de estrés en el ambiente. También hacen referencia a las jornadas laborales por turnos y la realización de horas extras, donde éstas últimas se encuentran limitadas en la población de estudio, debido a su condición de salud, lo cual contribuye a sus niveles de insatisfacción.

Por último, en el Nivel 3-Actividades dentro del contexto laboral, se considera la presencia de riesgos físicos y ergonómicos en las tareas que realizan los trabajadores, así como información recibida previamente asociadas al cargo. En estudios similares señalan que el resultado de insatisfacción de los trabajadores se asocia con la fatiga debido a cargas laborales excesivas causadas por la falta de

información inherente a su cargo. De estos resultados se puede inferir que parte de la insatisfacción que los trabajadores experimentan es causal a la situación actual de enfermedad a causa de la falta de información inicial para el cual fueron contratados.

En cuanto a la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar, los resultados arrojan datos significativos referidos estados de insatisfacción por la mayoría de los trabajadores los cuales se reflejan en los tres Niveles.

En el Nivel 1 (Físico-Material) se hace referencia al salario ya que es uno de los aspectos más valorados del trabajo, el cual permite hacer frente a las demandas económicas que los trabajadores puedan tener (pagos de educación de sus hijos, transporte, alimentación, servicios básicos, servicios médicos, etc.). En relación a esto, Casas y cols. (2002), distinguen entre las contribuciones que aporta el trabajador y las compensaciones obtenidas a cambio y a su vez, lo que reciben sus pares, estableciendo la percepción de equidad o falta de la misma. En este sentido la población de estudio ante la imposibilidad de realizar horas extras como lo hacen sus pares en el lugar de trabajo, hace que sus ingresos se vean mermados con el paso del tiempo impidiéndole cubrir en totalidad sus compromisos económicos, lo cual da lugar a experimentar grados de insatisfacción ante la falta de igualdad en el contexto laboral con sus pares a lo cual se le atribuye el grado de insatisfacción que reportan.

Referente a la insatisfacción reportada en los Niveles 2 y 3 de este contexto, las investigaciones refieren que existe una relación desfavorable entre el trabajo y las relaciones familiares, debido a las largas jornadas a las cuales están expuestos los trabajadores, lo cual trae como consecuencia menor tiempo de esparcimiento con sus seres significativos (parejas, hijos, familiares, amigos), lo cual conlleva al distanciamiento, disminución de los canales comunicativos, reducción de actividades que fomenten la lazos afectivos en el tiempo. A este desbalance entre el trabajo y el tiempo libre se le atribuye el hecho de que los trabajadores experimenten grados de insatisfacción. (Quiroga y Sánchez, 1997)

Referente a la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario, los trabajadores reportan insatisfacción en los 3 Niveles que componen la misma.

En el Nivel 1 referido a este contexto Hernández (2009), hace referencia a indicadores urbanos que influyen en la calidad de vida de los sujetos, indica que éstos se caracterizan por la realidad urbanística donde habitan (accesibilidad, entorno próximo y naturaleza presente). Según lo expuesto, se puede atribuir la insatisfacción que los trabajadores reportan en este contexto, la cual está condicionada por su lugar de residencia y la distancia que emplee para movilizarse al lugar de trabajo.

Lo expuesto anteriormente se relaciona con el en el Nivel 2 y 3 que integran este contexto, donde los trabajadores lo consideran igualmente insatisfactorio debido al tiempo que implementan en el desplazamiento de un lugar a otro, aminorando las oportunidades de relacionarse con personas inherentes a su comunidad.

Partiendo del análisis descriptivo de las escalas de Estrategia de Afrontamiento presente en los trabajadores con enfermedad ocupacional y según los resultados arrojados por éstos, se puede decir que la mayoría de los trabajadores presentan estrategias de afrontamiento inadaptativas, como lo son Autocrítica (AUC) y Pensamiento Desiderativo (PSD), las cuales se ubicaron en el rango alto, lo que sugiere un inadecuado manejo del estrés ocasionado por la enfermedad ocupacional y lo que propicia lo señalado por Girdano y Everly (1986), éstas sólo reducen el estrés a corto plazo, causando un efecto nocivo en la salud en el transcurso del tiempo.

Por su carácter de ser estrategias pasivas (no dirigidas a la acción) como lo señalan los autores, Cruz y Cols. (2010), los trabajadores con enfermedad ocupacional muestran una aceptación pasiva de su realidad, mostrando una tendencia a no pensar en el problema o deseos de cambiar la realidad por medio de pensamientos imaginativos y autopunitivos, criticándose por la situación, rechazando así, la realidad que les acontece.

Diferentes estudios han demostrado cómo el uso de estrategias de afrontamiento pasivas o un afrontamiento inadecuado en una situación de estrés se asocian con una sintomatología depresiva, así como con una adaptación negativa a la enfermedad, presencia de emociones negativas, altos niveles de ansiedad, estrés agudo o crónico, lo cual impide que los sujetos puedan hacer frente a la misma. (Escamilla, Rodríguez y González, 2009; Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas,

2009; Escalante y Rivas, 2008; Arraras; Wright; Jusue; Tejedor y Calvo, 2002; Geisser y cols., 1994 y Brown y cols., 1987).

Ahora bien si los datos apoyan el déficit de estrategias de afrontamiento adaptativas o adecuadas por parte de los trabajadores ante la enfermedad ocupacional, es de considerar que para la población objeto de estudio, la enfermedad ocupacional no es un evento nuevo, es una situación con la que han venido conviviendo, ya que según Zapata, (1994) señala que el inicio de ésta es lenta y progresiva. Donde, según el análisis de los resultados expuestos determinan que los trabajadores se pueden encontrar atravesando la fase de agotamiento (disminución de la reserva de las energías en el organismo) descrita por Selye (1975), en el Síndrome General de Adaptación, producto de la exposición sostenida en el tiempo lo que acarrea la enfermedad ocupacional y pueda ser la causa de la escasez de repertorios cognitivos y conductuales adecuados para lograr un ajuste adaptativo ante esta.

Es válido en este punto resaltar la importancia de considerar al afrontamiento no sólo como estrategia, sino también como un proceso como lo refiere los autores Olson y Mc Cubbin (1989), donde el sujeto pone en marcha estrategias de afrontamiento para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha en este proceso es la adecuada.

En continuidad con el análisis de los resultados referidos a estrategias de afrontamiento, las escalas restantes fueron puntuadas por los trabajadores en los niveles más bajos quedando distribuidas en el rango medio bajo Apoyo Social (APS); Evitación del Problema (EVP) y Resolución del Problema (REP). Finalmente, en el rango bajo Restructuración Cognitiva (REC), Retirada Social (RES) y Expresión Emocional (EEM).

Dichos resultados indican que la mayoría de los trabajadores carecen de conductas de afrontamiento eficaces, es decir, estrategias adecuadas que permitan la adaptación positiva y constructiva a la enfermedad ocupacional, las cuales proporcionan condiciones psicológicas más favorables para el sujeto. Estas estrategias de Apoyo Social (APS), Resolución del Problema, Restructuración Cognitiva y Expresión Emocional (EEM), por ser de carácter activas como lo señalan Cruz y Cols (2010), promueven la ejecución de acciones directas con el fin

de eliminar el estresor. El bajo porcentaje con que se presentan en estas estrategias en la muestra en estudio, sugiere un repertorio cognitivo y conductual que afecta negativamente el ajuste a la enfermedad.

En cuanto al apoyo social los resultados indican que los trabajadores no implementan esta estrategia para afrontar la enfermedad ocupacional. De acuerdo a Uurrego y Aragon (2012) la poca búsqueda de apoyo social y emocional puede estar asociada al temor de rechazo que la sociedad pueda generar ante la condición de salud, a la observación, a la crítica destructiva y a ser juzgado por la condición de discapacidad, pese a la importancia del apoyo social en el proceso de enfermedad, útil en la adaptación a la misma por facilitar la expresión de sentimientos, evitándose así el aislamiento (Cohen y Lazarus, 1979).

Por otro lado, en relación a la estrategia de expresión emocional, poco usada por los trabajadores estudiados, y según la evidencia empírica aportada por Geisser y cols (1994), cuando una enfermedad se vuelve crónica el paciente considera que las personas significativas de su entorno se cansan de oír siempre lo mismo, por lo que reprime sus emociones repercutiendo esto negativamente sobre su salud emocional.

Referente a la escala de evitación del problema, la cual consiste en tomar acciones para hacer de un lado el problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente, los resultados indican que los trabajadores agrupan a ésta las estrategias menos empleadas. En correspondencia con estudios con muestras similares indican que el poco uso de ésta conduce a aceptar los acontecimientos estresantes sin tomar ninguna acción para revertirlos aumentando el malestar que pueda estar experimentando la persona. (Arraras, Wrigth, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003).

Por ultimo, la Reestructuración Cognitiva (REC) (tendencia de fijarse en lo positivo de la situación estresante) y la Resolución del Problema (REP) las cuales coinciden y se caracterizan por su acción instrumental, activas y centradas en el problema, donde se requiere análisis lógico, esfuerzo, persistencia y determinación ante la situación de amenaza, los trabajadores ubicaron a estas escalas en el rango bajo, dejando en evidencia que no son capaces de modificar el significado de la

situación ni poseen los recursos cognitivos que le permitan una mejor funcionalidad y ajuste de la enfermedad.

Estudios similares confirman que el alto uso de las estrategias de afrontamiento activas de tipo cognitivo influyen directamente con lo bajos niveles de ansiedad y depresión en grupos de personas enfermas (Martínez, 2009).

En este sentido, se puede decir que las estrategias activas focalizadas en la cognición como, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, búsqueda de apoyo y expresión emocional que son fundamentales para encontrar soluciones adaptativas ante la enfermedad que mejoren el bienestar, son las menos empleadas por población estudiada, lo que sugiere que los niveles cognitivos presentes en la misma sean bajos.

Al establecer la relación existente entre la Calidad de Vida Percibida y las Estrategias de Afrontamiento presentes en los trabajadores con enfermedad ocupacional se encontraron los siguientes resultados:

En cuanto a las estrategias de afrontamiento activas las cuales se agrupan en las escalas de Resolución de Problemas, y Apoyo Social, se correlacionan positivamente con el Contexto Laboral en el Nivel 1, con todos los Niveles del Contexto Familiar, a su vez, en el Contexto Comunitario en los Niveles 1, 3 y Calidad de Vida Percibida Comunitaria, y por último con la Calidad de Vida Percibida General.

Ante el comportamiento de las correlaciones anteriormente reflejadas, éstas ofrecen la lectura de que a mayor apoyo social recibido por los sujetos con enfermedad ocupacional, mayor será la satisfacción en cuanto a la percepción de calidad de vida de sus diferentes contextos, impulsando así, el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas que permitirán hacer frente con conductas más activas como la resolución de problemas, a los eventos estresantes que surgen en el proceso de enfermedad ocupacional.

En este sentido, la posibilidad de que los enfermos puedan recibir mayor apoyo de las diferentes redes sociales que los rodea (laboral, familiar, comunitario), influye en la aclaración o reafirmación de lo que les acontece, lo cual evita que evada

su realidad (uso de estrategias de afrontamiento pasivas o inadaptativas), y es aquí donde toma relevancia la presencia, información o consejo por parte de las personas significativas puedan promover conductas avocadas a la enfermedad para minimizar los impactos negativos que acarrea el afrontamiento de la misma.

Esto lo confirman evidencias empíricas realizadas desde distintas áreas (clínica, comunitaria y psicología), las cuales comparten un acuerdo común referente a la influencia significativa del apoyo social, ante el afrontamiento de las enfermedades como facilitadoras de la adaptación positiva ante ésta. (Gore, 1985; Pearlin y Schooler, 1978, citado por Rodríguez, 1993).

Aquí se pone en evidencia la influencia que existe entre un efecto beneficioso de las relaciones de apoyo social y el afrontamiento, en donde las fuentes de apoyo ante la situación estresante permitirán aumentar la estima del sujeto, ayudarlo a regular sus respuestas emocionales y reforzar sus iniciativas de afrontamiento a la enfermedad,

En relación a las estrategias de Restructuración Cognitiva y Expresión Emocional, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con los distintos Niveles de Calidad de Vida Percibida en la población estudiada.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento pasivas, se encontraron correlaciones significativamente negativas de las escalas Autocrítica y Retirada Social con la Calidad de Vida Percibida del Contexto Laboral en el Nivel 1 (físico-material) y la Calidad de Vida Percibida Laboral. También con todos los Niveles del Contexto Familiar; con los Niveles 1, 2 y Calidad de Vida Percibida Comunitaria y la Calidad de Vida Percibida General; por último la escala de Pensamiento Desiderativo con el Nivel 3 del Contexto Laboral.

Los resultados anteriores sugieren que los trabajadores a menor satisfacción experimentada en los niveles mencionados relacionados a los contextos de calidad vida (Laboral, Familiar y Comunitaria), la frecuencia con que se emplean estrategias de afrontamiento pasivas es mayor. En este sentido Rodríguez (1993), hace referencia a lo perjudicial de transmitirle al enfermo sentimientos de impotencia y los aspectos negativos inherentes a su enfermedad, donde resalte sus limitaciones y

atentando contra su autoestima por parte de las personas que los rodean (pareja, familiares, amigos, compañeros de trabajo), fomentando así, sentimientos y pensamientos de autoinculpación los cuales aumentarán sus niveles de estrés y sus problemas para llevar a cabo el proceso de afrontamiento propiciando la retirada social.

Refiriéndose a la Estrategia de Pensamiento Desiderativo la cual se correlaciona inversamente con el Nivel 3 de actividades del contexto laboral, referido dentro del presente estudio a las condiciones físicas de los trabajadores y su desempeño en las funciones que les compete dentro de la organización, donde partiendo del diagnóstico de enfermedad que presentan y a los cambios de hábitos que han debido incluir para preservar su salud (restricciones de movimientos repetitivos, levantamiento de peso, horas extras, etc.), hace que estos mantengan pensamientos sobre realidades pasadas, para así reducir el impacto estresante de su condición de enfermo ocupacional que le amenaza en la actualidad.

En relación a las estrategias de Evitación de Problemas y Retirada Social, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas con los distintos Niveles de Calidad de Vida Percibida en la población estudiada.

De lo expuesto anteriormente y basados en el análisis de resultados de las correlaciones entre las variables de Calidad de Vida Percibida y Estrategias de Afrontamiento, la mayoría de ellas (positivas e inversas), apuntan al apoyo social y a la influencia positiva de éste en los diferentes contextos de vida ante el proceso de enfermedad, la cual, tiene connotaciones útiles para prevenir o intervenir situaciones de estrés, con esto se puede contribuir a que la experiencia de la enfermedad ocupacional pueda ser valorada como menos amenazante o perjudicial, fomentando recursos valiosos que permitan la adaptación positiva del sujeto ante ésta y a su vez estando más satisfecho en su calidad de vida en general.

IX. CONCLUSIONES

Los Resultados de la investigación permiten describir la relación existente entre la Calidad de Vida Percibida y Estrategias de Afrontamiento presentes en los trabajadores con enfermedad ocupacional de una empresa de transporte expreso de encomiendas de la ciudad de Caracas, en donde con los planteamientos iniciales de la investigación y con los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

Considerando la revisión y el análisis teórico realizado, se presentó con énfasis que los trabajadores con enfermedad ocupacional presentan altos niveles de insatisfacción derivados del entorno laboral, familiar y comunitario en el que se desenvuelven, ligados a procesos psicosociales en cuanto a la interacción con personas significativas que componen sus redes sociales, lo que indica a modo general un desequilibrio en los diferentes contextos que componen su calidad de vida donde la tendencia de esta población, va encaminada a un deterioro progresivo, lo cual puede empeorar su condición de enfermos y conducirlos a estados de ansiedad y depresión en el futuro.

Lo expuesto anteriormente se relaciona de forma directa con el predominio en el uso de estrategias inadecuadas de afrontamiento ante la enfermedad ocupacional las cuales impiden a esta población adaptarse y hacer frente eficazmente ante la situación estresante como lo es la enfermedad que padecen, donde los resultados conducen a que estos mantengan en el tiempo situaciones de estrés prolongadas repercutiendo negativamente en la salud, y anudado a la falta de apoyo de su entorno, se infiere que el pronóstico de éstos es negativo.

Con base en los resultados también se evidenció el bajo nivel cognitivo que presenta la población objeto de estudio, el cual puede estar asociado a variables sociodemográficas como el nivel académico y a la antigüedad de permanencia en la empresa donde laboran.

A modo de conclusión, es oportuno decir que los resultados derivados de este estudio pueden servir de guía a la hora de diseñar intervenciones educativas y conductuales dirigidas a enfermos ocupacionales. En este sentido, las intervenciones que tengan como objetivo la reducción del afrontamiento por evitación,

maximizando los mejores aspectos de las estrategias de afrontamiento activas, cognitivas y conductuales para facilitar su adaptación a la enfermedad y así contribuir a la satisfacción en su calidad de vida.

Para la presente investigación es importante mencionar que el desarrollo de la misma fue enriquecedora, ya que permitió tener una aproximación a las respuestas emocionales, cognitivas y comportamentales de los trabajadores que padecen la enfermedad ocupacional, así como conocer y cambiar algunas concepciones relacionadas al desarrollo de la vida laboral.

En este sentido se considera valioso el abordaje tanto teórico como metodológico para el desarrollo de este estudio, ya que permitió implementar conocimientos del ciclo básico y de la mención de Asesoramiento, en asignaturas como Psicometría, Estadística, Psicología General, Psicología Experimental, Instrumentos para el Asesoramiento Psicológico, Comunicación I y II, Asesoramiento Psicológico I, Gerencia de Servicios Psicológicos, Seminarios de Investigación.

Por ultimo, los hallazgos de la misma y la consistencia de los resultados hacen que se considere a la población de enfermos ocupacionales en futuras investigaciones, debido a la ausencia de estudios avocados a los procesos psicológicos que implica dicha situación, lo cual satisface en lo personal de los esfuerzos realizados.

X. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Una vez finalizado el trabajo de investigación y habiendo alcanzado los objetivos trazados en el mismo es importante señalar aspectos que pueden influir de forma positiva en la Calidad de Vida Percibida como las Estrategias de Afrontamiento en los enfermos ocupacionales.

Partiendo de los hallazgos obtenidos en este estudio y de las necesidades detectadas por parte de los enfermos ocupacionales, se hace necesario el diseño de un programa de Asesoramiento Psicológico de intervención grupal, el cual esté orientado a modificar las estrategias de afrontamiento inadecuadas por las adecuadas bajo un entrenamiento cognitivo-conductual, para promover un ajuste más beneficioso ante la enfermedad.

Por otro lado, cabe destacar que son escasos los estudios que se han realizado en enfermos ocupacionales dentro del contexto Venezolano, lo cual invita a profundizar en esta línea de investigación en cuanto a:

Se considere estudiar las variables sociodemográficas según edad; sexo y antigüedad, con los Contextos de la Calidad de Vida Percibida y las Escalas de las Estrategias de Afrontamiento, las cuales pueden proporcionarían información relevante en cuanto a las distintas etapas de la evolución de la enfermedad ocupacional de esta población.

En esta misma línea, se sugiere ampliar la muestra para próximas investigaciones, así como también considerar el abordaje de tipo cualitativo ya que el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano, Rodríguez, y García, 2007), ofrece al investigador la dualidad de desarrollar la investigación desde ambos enfoques.

De igual forma, es importante tomar en cuenta para futuras investigaciones de Calidad de Vida Percibida y Estrategias de Afrontamiento de los enfermos ocupacionales y variables relacionadas a la depresión y ansiedad, las cuales permitirán hacer una descripción más amplia del comportamiento de los sujetos que la padecen.

En este mismo orden de ideas, se sugiere establecer un grupo control con sujetos sanos y otro con enfermedad ocupacional, relacionando a estos las variables de estudio señaladas anteriormente, lo cual permitirá comparar entre los sujetos mejor y peor ajustados a la situación, y así conocer los comportamientos psíquicos y conductuales de cada grupo y la posibilidad de facilitar una intervención más eficaz.

Con relación a las limitaciones encontradas en el desarrollo de la presente investigación, se hace referencia a la escasez de estudios que profundicen en las variables asociadas psicológicamente ante el diagnóstico y evolución de la enfermedad ocupacional y todo lo que ésta implica para el sujeto, sin embargo, se hallaron múltiples estudios referidos a otras enfermedades que sirvieron como punto de partida.

Otras de las limitaciones encontradas se puede mencionar el tiempo que se llevó la implementación de ambos instrumentos, el cual tomó más tiempo de lo previsto a causa de la dinámica laboral de la empresa donde pertenece la muestra y por variables relacionadas a turnos de la jornada laboral, por situaciones de reposos y vacaciones de los trabajadores.

Para finalizar vale acotar que los aspectos relacionados a la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral-Nivel 1 (físico-material), es competencia de la empresa a donde pertenece la muestra, la cual es la encargada de proporcionar según como la ley lo establece, condiciones físicas y ergonómicas adecuadas, que contribuyan positivamente a mejor calidad de vida de sus colaboradores.

XI. REFERENCIAS

- Aldana, L., Casanova C., Casanova, P., García, E., Lima, G. (2003). *Influencia del Estrés Ocupacional en el Proceso de Salud-Enfermedad*. Revista Cubana Med Milit.; 32(2):149-54.
- Aldwin, C.M. (2000) *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Ardila, R. (2003) *Calidad de Vida: Una definición Integradora*.
- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M. & Calvo, J. I. (2002). *Estilos de afrontamiento y locus de control en distress psicológico relacionado a conductas de cáncer y otras enfermedades*. Rev.Psychology, Health and Medicine, 7, 181-187.
- Benavides, F., Ruiz, C. y García, A. (2000). *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 37-48). Barcelona: Masson.
- Blocher, D., (1966). *Developmental Counseling*. Nueva York, EEUU. Ronald Press Company.
- Brown G., Nicassio P. (1987). *The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients*. Pain; 31: 53-65.
- Brown G., Nicassio P., Wallston, K., (1989) *Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis*. J Consult Clin. Psychology; 57: 652-7 ISSN 1667-8338.

- Blum, M. y Naylor, J. (1982): *Psicología Industrial. Fundamentos Teóricos y Sociales*, Editorial Trillas, México.
- Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007) Adaptación Española de Inventario de Estrategias de Afrontamiento. [Actas españolas de psiquiatría](#), Vol. 35, N°.1.
- Cárdenas, A., Cárdenas, L., Padrón, A., y Ron, O. (1998). *Aproximación al Estudio de la Calidad de Vida de los discapacitados por Accidente de Trabajo*. Tesis de grado para optar a la Licenciatura de Trabajo Social. Universidad Central de Venezuela.
- Carrobbles, J., Remor, E. y Rodríguez, A., (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Casado, E. (1987). *De la Orientación al Asesoramiento Psicológico: Una selección de Lecturas* (Pp 89-92). Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Castaño, E.; León, B. (2010) *Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal International*. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 2, pp. 245-257.
- Castellon, A., y Romero, V. (2004). *Autopercepción de la Calidad de Vida*. *Rev Mult Gerontol* 14 (3).
- Chiavenato, Adalberto. (1994): *Administración de los Recursos Humanos*, Editorial McGraw-Hill, Colombia.

Código de ética profesional del psicólogo de Venezuela. Psicología, (1981). 8
(4). Pp. 407- 436.

Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México,
DF: Manual Moderno.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial
Nº 5.453 Extraordinario. Caracas. Venezuela. pp. 90-99

Cowling, A. y Philip, J., (1997): *La Administración de Personal y las
Relaciones Industriales*. Editorial Prentice Hall, México.

Cruz V., Corrales, F., Herrera, K., Vázquez, J. Vega, V., Salas, L., Hernández, J.,
(2010) *Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el
síndrome de burnout o de “desgaste profesional” en trabajadores de la
salud*. *Neumol Cir Torax*;69:137-142.

Departamento de Orientación (s/f). *Folletos de lecturas de la Asignatura
Principios de Orientación. Escuela de Psicología*. Universidad Central de
Venezuela.

Escamilla, M., Rodríguez, I. y González, G. (2009). *El estrés como amenaza y
como reto: un análisis de su relación*. *Ciencia y Trabajo*, 32, 96-101

Essenfeld, S. (1979). *Ayudar a ser*. Caracas, Venezuela: FEDES

Espinoza, V., Víctor, A. (2002): *Procesos Políticos Regionales y Estudios de
Administración Pública Universidad Complutense de Madrid, España*.

Everly, G., (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press.

Fernández, F. (2003). *Percepción de la Calidad de Vida de los pacientes Hipertensos*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2012 de <http://www.scientificcommons.org/>.

Fleisman, Edwin y R. Bass (1979). *Estudios de Psicología Industrial y del Personal*, Editorial Trillas, México.

Folkman, E. y Moscovitz, J.T. (2000). *Positive affect and the other side of coping*. *American Psychology*, 55, 647-654.

Zapata, R. (1994). *Apuntes de Derecho del Trabajo*. Marga Editores SRL. Caracas-Venezuela.

Gaviria, A. (2009) *Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida.*, Vol.27, núm. 1.

Geisser, E., Robinson, M., Keefe FJ, (1994) et al. *Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain*. *Pain*, 59, 79-83.

Grimaldi, J. y Simonds. R. (2006). *La seguridad industrial su administración*. Alfaomega, grupo editor, S.A. de C.V.

Guevara, M. (1995). *Gerencia de Servicios Psicológicos: Una estrategia para la Formulación de programas*. Caracas. Consejo de Desarrollo de Ciencias y Humanidades. Universidad Central de Venezuela.

Gutiérrez, T., Raich, R. M., Sánchez, D. y Deus, J. (2003). *Instrumentos de*

evaluación en psicología de la salud. Madrid: Alianza Editorial.

Hernández, A. (2009). *Calidad de vida y medio ambiente Urbano*. Indicadores Locales y Calidad de Vida Urbana. *Revs. Invi*. Vol 24 (79-111).

Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INSAPSEL).
<http://www.insapsel.gob.ve/>.

Jalowiec, A. (1990). *Issues in using multiple measures of quality of life*. *Seminars in Oncology Nursing*, 6, 271-277.

Kerlinger, F. y Lee, H (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación de Ciencias Sociales*. México, DF: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. y Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our Emotions*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca. 2da ed.

Ley Orgánica del Trabajo. 2007. Gaceta Oficial N° 38.788. Caracas. Venezuela. Pp.12-88

Ley Orgánica de Prevención Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. (2005) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.236, Julio 26,. Caracas. Venezuela pp.31-53

Lisboa, B., (2001). *Calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e impacto del entrenamiento físico*. *Rev. méd. Chile* Vol.129, En La Teoría Crítica de la Sociedad de Habermas, Editorial

Tecnos, España.

López, E. y Marván, M. L. (2004). *Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos*. Salud pública de México.

Mañas, A. (2001). *La salud y las condiciones de trabajo*. *Enfermería Integral*, 56, XXXVIII-XLII. Recuperado el 30 de Noviembre de 2012, de <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/masteros.htm>

Meichembaum, D. (1983). *Supere el estrés*. Barcelona, España: Ediciones Juan Granica.

Minayo, M.C.; Hartz, Z.; M., Buss, P. (2000). *Quality of life and Health: a necessary debate*. *Ciencia & Saúde Colectiva*. ABRASCO 5 (1), 7-18.

Montalvo, R. (1985). *Salud Ocupacional y Riesgos Laborales*. Bol. of Sanit. Panam 98 (1).

Morril, W., Oeting, E y Hurst, J. (1974). *Dimension of Counselor Functioning Personnel and Guidance Journal*. Vol. 52, (6) Pp 355-359.

Moyano, E. y Ramos A., (2007). *Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule*. Rev. Universum vol.22, n.2.

Naveillan, P. (1976). *Salud Mental Ocupacional*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP; 80(2)):123-34,

Niebel, B. (2001). *Ingeniería industrial, métodos, estándares y diseño del trabajo*. México: Editorial Alfaomega.

Normas CONEVIN (1995.)

- Norma Técnica Para La Declaración de Enfermedad Ocupacional.* (Decreto N° 6012), (2008), Abril 15. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 39.910,
- Nussbaum, M. y Sen, A. (1996). *La Calidad de Vida.* México: Fondo de cultura Económica.
- Obregón, F. (2002). *Guía de Gerencia de Servicios Psicológico.* Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Oficina Internacional del Trabajo. (1996). *Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT.* Registro y notificación de accidentes y enfermedades profesionales. Suiza.
- Oficina Internacional del Trabajo (2002). *Registro y notificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y lista de la OIT relativa a las enfermedades profesionales.* Recuperado el 30 de Noviembre de 2012 de [http: www.ilo.org/public/spanish/standard](http://www.ilo.org/public/spanish/standard).
- Organización Internacional del Trabajo. (2010).* Lista de Enfermedades Profesionales, Versión revisada 2012. Serie Seguridad y Salud en el trabajo, num. 74 (Documento en línea). Extraído (24 de Julio de 2012) de www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed.../wcms_150327.pdf
- Organización Internacional del Trabajo. (2005). *Reunión de Expertos Sobre la Actualización de la Lista de Enfermedades Profesionales.* Ginebra. Extraído el 8 de Enero 2010 de <http://www.ilo.org/public/spanish/>
- Organización Panamericana de La Salud. (2003).* Actualización de la *Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión.* CIE- 10.

Boletín Epidemiológico Vol 24 N° 2. Extraído (1 de Junio 2012) de
www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v24n2-Actu_CIE.htm

Patrik, D. y Erikson P. (1993). Health status and healthy policy: allocating resources to health care. En: Boyle C. (1997). Measuring the quality of later life. Rev. Soc. Lond. B (1997), 352, 1871-1879.

Padilla, G.; Grant, M.; Ferrell, B. (1992). Nursing research into quality of life. Quality of Life Research 1, 341-348.

Pelechano, V., (2005), *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*
Volumen 10, Número 1, pp. 3-14

Perry, J., (1961): *Las Relaciones Humanas en la Industria*. Editorial
Selección Contable, Argentina.

Piero J., Salvador A., (1993). *Control del Estrés laboral*. Primera Edición. Editorial
UDEMA S.A. España

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A.E. y Oblitas, L.(2009). *Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física*. Suma Psicológica, 16, 2, 85-112.

Quiroga, E; Sánchez, E; (1997) *Análisis de la Insatisfacción Familiar*. Psicothema, Vol. 9, N1, pág. 6982

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el 27 de Enero de 2011 de <http://www.rae.es/>

- Reimel, S y Muñoz, C (1990). Medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la Calidad de Vida. *Comportamiento*, 1 (2), 51.59
- Reimel, S., Jiménez, Y (2003). *Calidad de Vida Comunitaria: Su Incidencia en la Calidad de Vida Percibida General*. Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Reimel, S., Muñoz, C. (1990). *Un Modelo Conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida*. Revista comportamiento. Vol. 1, N° 2. Pp 53-60. Universidad Simón Bolívar.
- Requena, F. (2000). *Satisfacción, Bienestar y Calidad de Vida en el Trabajo*. REIS, N° 92.
- Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology (2004), Vol. 38, Num. 1 pp. 73-86
- Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales* Vol. 2 (4), págs. 62-69. 2005 ISSN 1667-8338.
- Rogers, C. (1984). *El Proceso de convertirse en persona*. México, Paidós.
- Rojas, J. (1998). *Calidad de Vida percibida del personal de dos museos en el área metropolitana de caracas*. Tesis de grado como requisito para optar al título de magister en psicología. USB.
- Rodríguez, M, Jesús; Pastor. M, Ángeles; (1993). *Afrontamiento, Apoyo Social; Calidad de vida y Enfermedad*. Psicothema. Vol. 5, Universidad de Oviedo. España, pp 349-372.

- Ruiz, C. (2002) *Instrumentos de Investigación Educativa. Procedimiento para su Diseño y Validación*. CIDEG. Segunda Edición.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario *de Afrontamiento al Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar*. *Revista de Psicología y Psicopatología Clínica* (8), 1, 39- 54.
- Sandín, B. (1995) El estrés. En A. Bellock (EDS), manual de psicopatología, vol. 2. Madrid: Mc-Graw-Hill.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería IX* (2): 9-21.
- Sojo, V. (2004). *Ética en la investigación psicológica en humanos*. Caracas: Escuela de Psicología UCV – Maestría en Psicología USB.
- Seleye, H. (1954). *Stress*. Barcelona: Científico médica. (Publicación original: 1950)
- Seleye, H. (1956). *The stress of the life*. Nueva York. MacGraw- Hill
- Tonon, G. (2005). *Apreciaciones Teóricas del Estudio de la Calidad de Vida en Argentina*. Año II, Núm. 2 Vol. 1. (27-49).
- Trujillo, S. Tovar, C. Lozano, M. 2003. *Formulación de un Modelo Teórico de la Calidad de la Vida desde la Psicología*. Universidad Psychology. Bogotá (Colombia) 3 (1): 89-98.
- Urrego, Y. Aragón, A. Combita, J y Mora, M. (2012) *Descripción de las Estrategias de Afrontamiento para Padres con hijos con Discapacidad Cognitiva*. *Revista virtual. Programa de Psicología* Vol. 8 (1-24).

Urzúa, M. (2010) Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales.

Rev. méd. Chile, Vol.138, n.3 ISSN 0034-9887.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de Calidad de Vida Percibida de trabajadores con Enfermedad Ocupacional (CVP-TEO).

Calidad de Vida Percibida de trabajadores con Enfermedad Ocupacional (CVP-TEO).

(Rincón y Rojas, 2011)

(Adaptación del Cuestionario de Calidad de Vida Percibida del Personal de dos Museos en el Área Metropolitana de Caracas por Rojas y Reimel, 2001).

A continuación Ud. encontrará una serie de elementos que pueden incidir en la satisfacción que Ud. experimenta en relación a su calidad de vida.

A la derecha de cada elemento aparecen tres columnas:

La primera columna “Opinión actual” se refiere a lo que Ud. opina en estos momentos de los elementos que se le presentan.

La segunda columna “Lo que debería ser” se refiere a cómo Ud. considera que deberían ser o estar esos elementos.

La tercera columna “Probabilidad de cambio” se refiere a la probabilidad de que se produzca algún cambio en el estado de los elementos dentro de un año.

Para el puntaje utilizará una escala de 4 puntos. El número (4) cuatro corresponde al máximo o mejor puntaje, mientras que el número (1) uno, corresponde al puntaje mínimo o peor puntaje.

A continuación, se le presenta el siguiente ejemplo:

	Opinión actual				Lo que debería ser				Probabilidad de cambio			
	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
Adjetivos: Suficiente (4) - Insuficiente (1)												
1. Presencia de áreas verdes en su zona de residencia				X		X						X

Las respuestas del ejemplo anterior nos indican:

Opinión actual: la persona marcó el número 1, es decir que considera que el número de áreas verdes en su zona residencial es insuficiente.

Lo que debería ser: marcó el número 3, es decir que debería existir una mayor cantidad de zonas verdes.

Probabilidad de cambio: marcó el número 1, esta persona cree que no hay posibilidades de que sus aspiraciones se cumplan. Considera que el número de parques no aumentará.

Probablemente no todos los elementos presentados en este cuestionario se correspondan con sus condiciones de vida actuales, por lo que SOLO deberá evaluar aquellos que sean pertinentes.

La sinceridad y claridad con la que responda es de mucha importancia. De igual forma lo es la confidencialidad de la información recogida. En ese sentido Ud. puede ayudar para que la confidencialidad se mantenga, evitando comentar con otras personas sobre este estudio y particularmente las preguntas y respuestas referentes al contexto laboral.

GRACIAS

	Adjetivos: Adecuado (4)- Inadecuado (1)												
60	Comunicación existente entre Ud. y sus vecinos												
61	Unión entre los vecinos para solucionar problemas comunes												
62	Comunicación existente entre Ud. y los comerciantes de su zona de residencia												
	Agregue y califique aquellos elementos importantes para Ud. y que no aparecen en la lista anterior:												
	Adjetivos: Mucho(4)- Poco (1)												
63	Asistencia a reuniones de condominio, junta comunal o asociación de vecinos.												
64	Uso de los servicios médicos de su zona de residencia.												
65	Uso de los centros educativos de su zona de residencia.												
66	Concurrencia a los comercios existentes en su zona de residencia.												
	Agregue y califique aquellos elementos importantes para Ud. y que no aparecen en la lista anterior:												

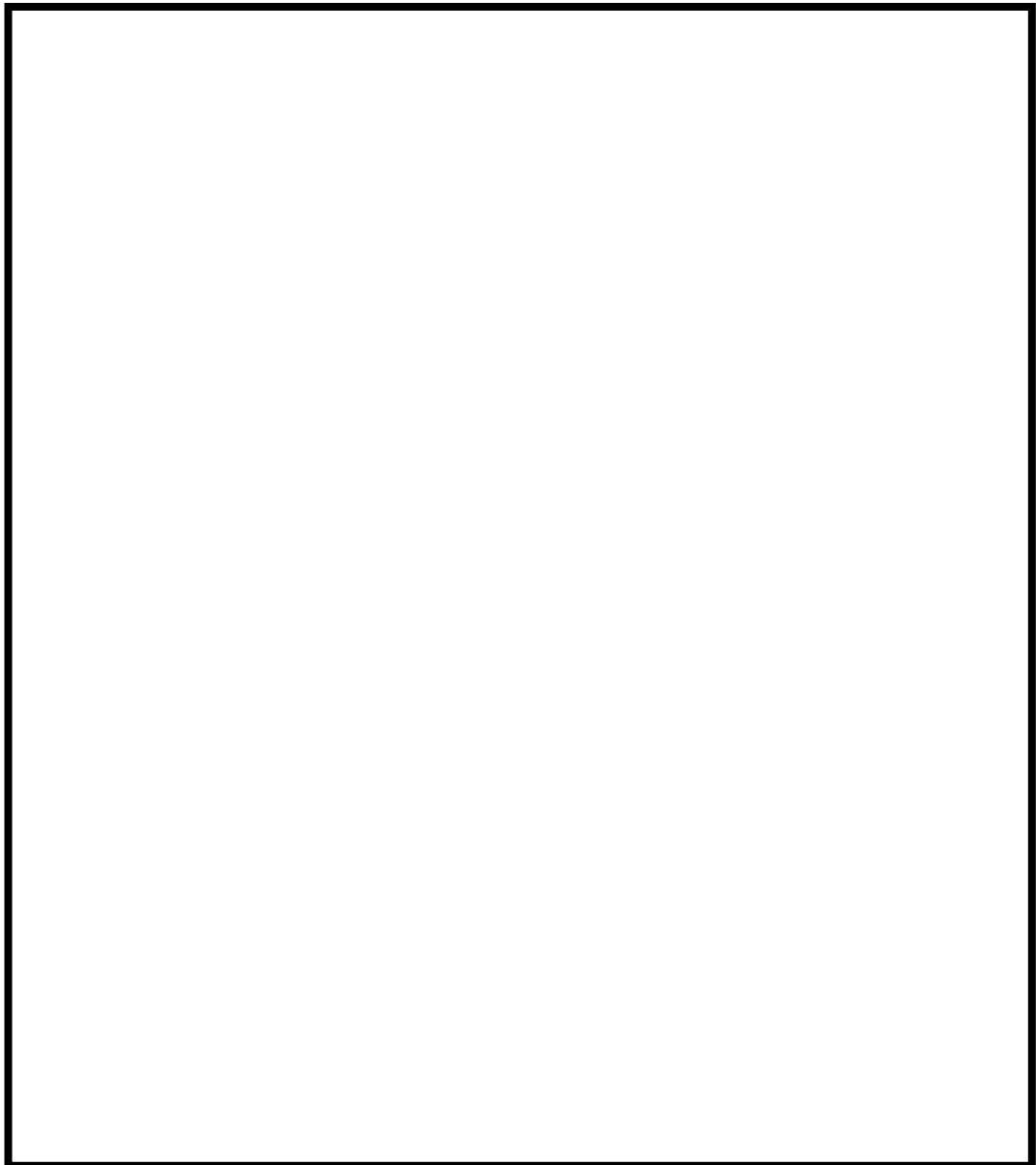
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

(Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

En el espacio a continuación describa el proceso que lo llevo a ser diagnosticado con una enfermedad ocupacional, ¿Qué ocurrió?, ¿Cómo ocurrió? ¿Qué sintió al enterarse?, ¿Le costó enfrentar la realidad? Incluya detalles como lo más impactante de la situación mencionada y los cambios que tuvo que realizar en su vida cotidiana.

No se preocupe por si esta mejor o peor escrito, mejor o peor organizado, solo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

A large, empty rectangular box with a thick black border, intended for the respondent to write their answers to the questions above. The box is currently blank.

De nuevo piense en la situación que relató y responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejo Ud. dicha situación. Lea cada frase y determine el grado en que Ud. hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Este seguro de que responde a todas las frases y que marca solo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; solo se evalúa lo que Ud.

Hizo, pensó o sintió en ese momento.

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara: evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforcé por resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminara	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me criticé por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20	Deseé nunca más estar en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeta	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
	Me considere capaz de enfrentar la situación	0	1	2	3	4

Anexo 3. Registro de Aplicación de los Instrumentos

Lugar y Fecha de Aplicación: _____

Sujeto #	Código #	IEA	CVP-TEO	Sujeto #	Código #	IEA	CVP-TEO
1				26			
2				27			
3				28			
4				29			
5				30			
6				31			
7				32			
8				33			
9				34			
10				35			
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				50			

Anexo 4. Carta de Presentación expertos.

Caracas 8 de septiembre de 2012

Estimado “Profesor” es un placer saludarle,

Por medio de la presénteme dirijo a Ud. para solicitarle formalmente de su participación como experto en el proceso de validación de la adaptación del instrumento de Calidad de Vida percibida, el cual formara parte de los instrumentos a aplicar en el trabajo de grado que lleva por nombre *“Calidad de Vida Percibida y Estrategias de Afrontamiento en una muestra de trabajadores con enfermedad ocupacional de una empresa de transporte expreso de encomiendas”*, como requisito indispensable para optar al título de Licenciada en Psicología-mención Asesoramiento y Orientación de la Universidad Central de Venezuela.

Anexo a este documento adjunto información relevante del trabajo de Investigación para su conocimiento y validación.

Agradeciendo de antemano de su valiosa colaboración

Se despide.-

Atentamente,

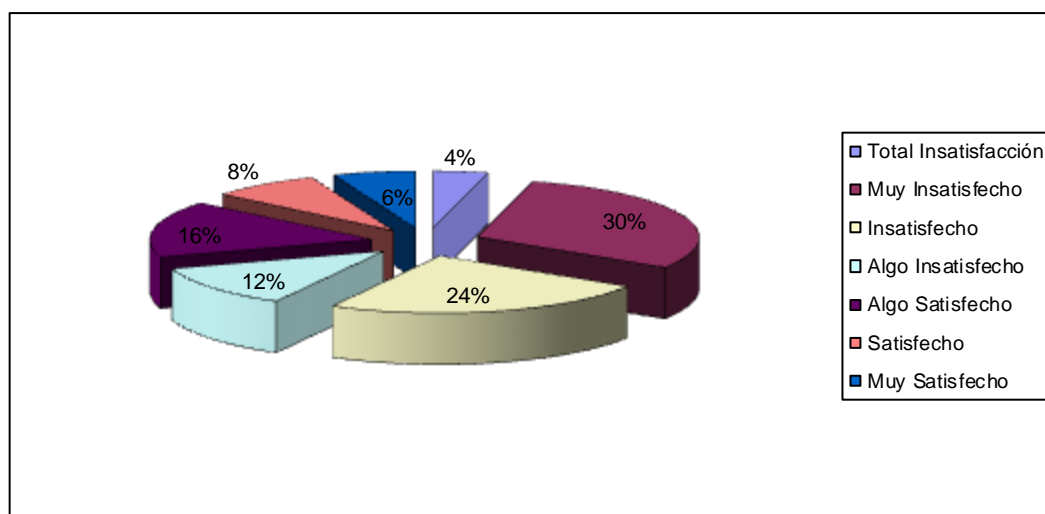
Yessenia Rincón

Anexo 5. Estadísticos descriptivos de tendencia central, variabilidad y distribución para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Laboral.

ESTADÍSTICOS

		Calidad de Vida Percibida Laboral físico-Material	Calidad de Vida Percibida Laboral relaciones interpersonales	Calidad de Vida Percibida Laboral actividades	Calidad de Vida Percibida Laboral
N	Válidos	50	50	50	50
	Perdidos	0	0	0	0
Media		-1,72	-,84	-,96	-1,16
Mediana		-3,00	-1,50	-2,00	-2,00
Moda		-3	-2	-4	-3
Desv. típ.		2,241	2,359	2,571	2,044
Mínimo		-4	-4	-4	-4
Máximo		4	4	4	3

Anexo 6. Diagrama Circular de frecuencias para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto laboral.

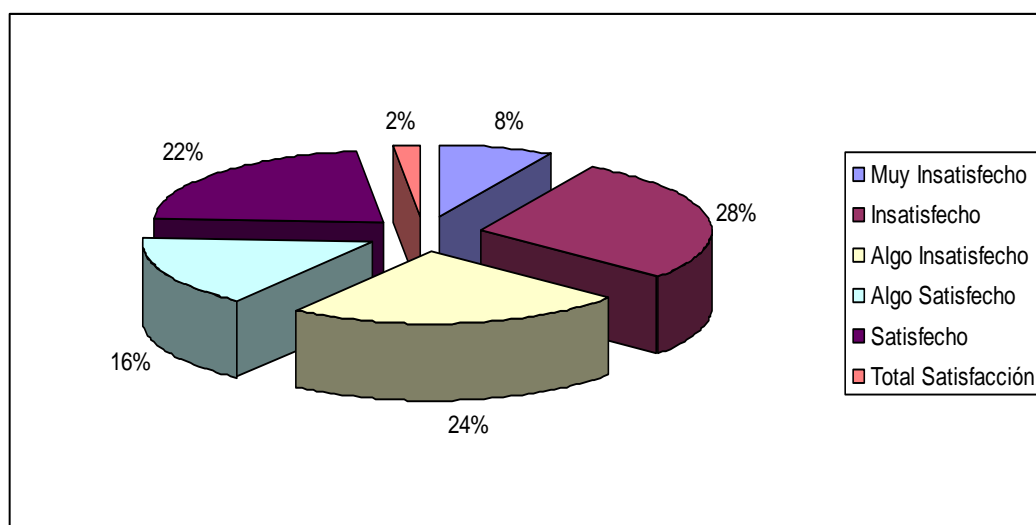


Anexo 7. Estadísticos descriptivos de tendencia central, variabilidad y distribución para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar.

ESTADISTICOS

ESTADISTICOS		Calidad de Vida Percibida Familiar físico-material	Calidad de Vida Percibida Familiar relaciones interpersonales	Calidad de Vida Percibida Familiar actividades	Calidad de Vida Percibida Familiar
N	Válidos	50	50	50	50
	Perdidos	0	0	0	0
Media		-,86	,38	-,52	-,36
Mediana		-1,50	1,00	-1,00	-1,00
Moda		-2	-2	-2	-2
Desv. típ.		1,927	2,285	2,270	1,838
Mínimo		-4	-3	-4	-3
Máximo		4	4	4	4

Anexo 8. Diagrama circular de frecuencias para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Familiar

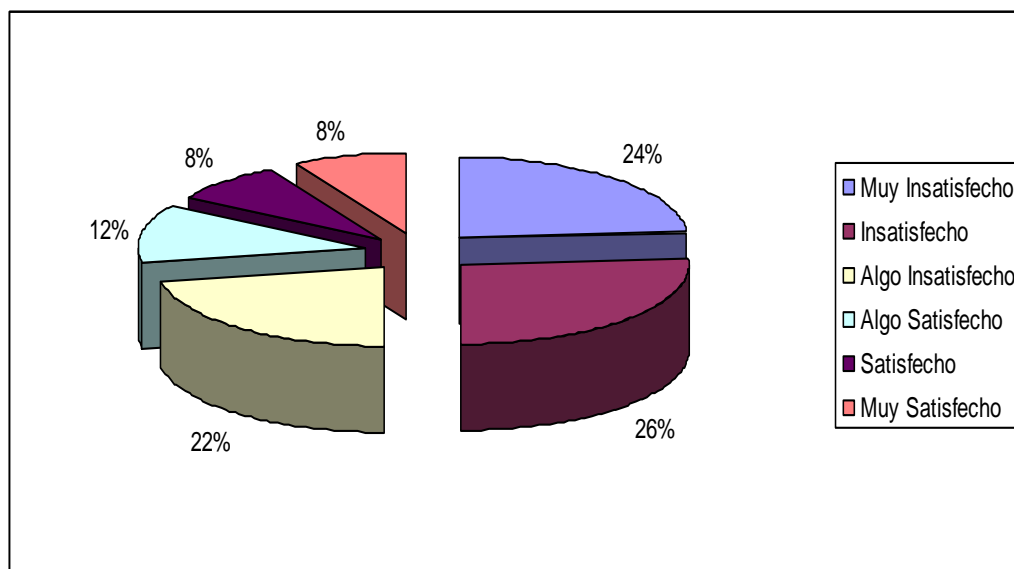


Anexo 9. Estadísticos descriptivos de tendencia central, variabilidad y distribución para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario.

ESTADISTICOS

		Calidad de Vida Percibida Comunitario físico-Material	Calidad de Vida Percibida Comunitario relaciones interpersonales	Calidad de Vida Percibida Comunitario actividades	Calidad de Vida Percibida Comunitario	CVPG
N	Válidos	50	50	50	50	50
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		-1,44	-,60	-,76	-,94	-,86
Mediana		-2,00	-1,00	-1,00	-1,50	-1,00
Moda		-3	-3	1	-2	-1
Desv. típ.		1,875	2,312	2,172	1,942	1,761
Mínimo		-4	-4	-4	-3	-3
Máximo		2	4	4	3	3

Anexo 10. Diagrama circular de frecuencias para la Calidad de Vida Percibida en el Contexto Comunitario.



Anexo 11. Estadísticos descriptivos de tendencia central, variabilidad y distribución para las Estrategias de Afrontamiento.

Escalas	Media	Mediana	Moda	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Resolución de Problemas (REP)	2,42	2,00	2	1,126	1	4
Autocrítica (AUC)	2,82	3,00	3	0,78	2	4
Expresión Emocional (EEM)	2,22	2,00	3	0,932	1	4
Pensamiento Desiderativo (ESD)	2,92	3,00	4	1,085	1	4
Apoyo Soacial (APS)	2,30	2,00	2	1,015	1	4
Reestructuración Cognitiva (REC)	2,16	2,00	1	1,184	1	4
Evitación de Problemas (EVP)	2,36	2,00	2	1,045	1	4
Retirada Social (RES)	2,3	2,00	1	1,216	1	4

Anexo 12. Diagrama circular de frecuencias para las Estrategias de Afrontamiento.

