

### **Cómo citar este documento**

Calero Martín de Villodres, Paloma; Hueso Montoro, César; Balanza Galindo, Serafín. Calidad de vida, necesidades y demandas relacionadas con la salud en una población laboral en Andalucía. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0605.php>

## **CALIDAD DE VIDA, NECESIDADES Y DEMANDAS RELACIONADAS CON LA SALUD EN UNA POBLACIÓN LABORAL EN ANDALUCÍA\*.**

Autores:<sup>1</sup>Paloma Calero Martín de Villodres, <sup>2</sup>César Hueso Montoro, <sup>3</sup>Serafín Balanza Galindo

<sup>1</sup> Departamento de Vigilancia de la Salud de Grupo Preving Granada.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.

<sup>3</sup> Facultad de Enfermería. Universidad Católica de San Antonio de Murcia.

\* Este proyecto de investigación es continuidad de trabajo presentado como Tesis Final de Máster: "Calidad de Vida relacionada con la Salud y Percepción de la Imagen Corporal en una población laboral de una Empresa de Gestión Medioambiental" defendida en la Universidad Católica de San Antonio (Murcia) en Octubre de 2010.

### **Resumen:**

Son muchas las definiciones de calidad de vida, se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. El estudio de esta dimensión en diferentes contextos es interesante para instaurar prácticas saludables, siendo la salud laboral un escenario de importancia para su abordaje.

Bajo la conjugación de estos elementos –salud laboral y calidad de vida- se realiza este estudio, desde el departamento de Vigilancia de la Salud del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Grupo Preving en Granada. El objetivo general del proyecto es determinar la calidad de vida relacionada con la salud de una población de trabajadores de la comunidad andaluza.

Se propone un estudio descriptivo basado en metodología cuantitativa y cualitativa. La población de estudio la conforman trabajadores de los sectores de la hostelería, construcción y administración de las provincias de Granada y Almería. La calidad de vida relacionada con la salud se explorará a través de las Láminas de Medición COOP-WONCA. Para completar el estudio se realizarán grupos focales con el objetivo de conocer las dificultades, demandas y necesidades identificadas por la población de estudio en relación a la salud laboral.

## 1.- Introducción

A lo largo de la historia, la salud ha sido siempre motivo de preocupación social y jurídica, así el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de Diciembre de 1948, “proclama el derecho de toda persona a contar con un nivel adecuado de salud” (Benavides y Maqueda, 2003). La Estrategia Española en Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012, aprobada por el Consejo de Ministros, incorporó entre sus objetivos específicos “la necesidad de perfeccionar la investigación en materia de seguridad y salud en el trabajo, orientando la investigación hacia el análisis, la detección y la eliminación de las causas de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, así como hacia el conocimiento de riesgos laborales nuevos y emergentes, su anticipación y su prevención”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición incluye un componente subjetivo importante, la percepción de la salud del propio individuo. Así, se hace pertinente prestar especial atención al conjunto de factores que puedan influir en la salud de los trabajadores, entre ellos sus propias percepciones, tratando de buscar un nivel básico de salud integral, lo cual va a servir de base para una mayor competitividad en las empresas.

Este estudio pretende ahondar en la percepción de la calidad de vida de una población laboral. A este respecto, son muchas las definiciones de calidad de vida, pero quizás la más completa es la enunciada por la OMS en 1994: “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Bajo la conjugación de estos elementos –salud laboral y calidad de vida- se realiza nuestro estudio, desde el departamento de Vigilancia de la Salud del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Grupo Preving, tratando de responder a la siguiente pregunta: ¿cómo percibe la calidad de vida relacionada con la salud un grupo de trabajadores en el contexto de la salud laboral?. Además, pretendemos explorar a través de la metodología cualitativa, otros aspectos relacionados con la salud laboral, que complementarán el estudio principal sobre percepción de calidad de vida. Los resultados de este tipo de investigaciones son fundamentales en nuestro trabajo diario ya que habitualmente las revisiones en salud de los trabajadores se centran en aspectos físicos apartando los aspectos más subjetivos. Nuestro propósito es conocer a nuestros trabajadores en toda su esfera biopsicosocial, para actuar desde el plano de la educación- promoción para la salud.

La idea de realizar este proyecto surgió de las memorias anuales realizadas para las empresas a través del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Grupo Preving, ya que durante el reconocimiento médico anual, los trabajadores en su mayoría, referían tener un buen estado de salud, por lo que se pretendía evidenciar de manera empírica si esa percepción era tal y si correspondía con los parámetros de salud considerados como normales. Todo ello, como ya se ha mencionado, amparado en el interés por indagar en factores subjetivos de la salud en los trabajadores.

Tras estas premisas, es de destacar, que el interés sobre calidad de vida relacionada con la salud es enorme, son innumerables los estudios que hay sobre estos temas, pero desde la perspectiva de Salud Laboral es aún escasa. Por ello se pone de manifiesto la importancia de este estudio, ya que los resultados obtenidos nos pueden servir para elaborar protocolos en salud o hacer recomendaciones concretas en aquellos casos en los que sea evidente un deterioro de la percepción de la calidad de vida en trabajadores, para que los cambios de

actitud sean favorables a la mejora de las condiciones de trabajo y a los intereses empresariales, intentando asentar una verdadera cultura preventiva.

## **2. Antecedentes y Estado actual del tema**

*Aproximación conceptual al problema de investigación: Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y Salud Laboral.*

### *- Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)*

Calidad “es un término vago, que carece de precisión; es un juicio de valor subjetivo y que además puede ser abordado desde distintas perspectivas: económica, religiosa, sociológica y médica o relacionada con la salud” (Gill y Feinstein, 1994).

Recientemente, para determinar el grado de bienestar de una población se adoptó el concepto de calidad de vida, originario de la salud pública y de la ética médica; según Cardona y Agudelo (2005), “es un vago y etéreo concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: médicos, filosóficos, económicos, éticos, sociológicos, políticos y ambientales”.

El origen de este concepto se debe remontar al año 1948 cuando la OMS definió en su Carta Magna o Carta Constitucional, el concepto de salud. En un concepto coherente a su definición, el Grupo de Calidad de Vida de la OMS ha definido la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, estándares y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Calidad de vida no puede ser equiparada con estado de salud, satisfacción con la vida, estado mental, o bienestar, más bien es un concepto multidimensional”. (The Whoqol Group, 1995). El inicio de este concepto estaría en reconocer que la percepción del hombre sobre el estado de bienestar físico, psíquico y espiritual o social depende, en gran parte, de sus propios valores y creencias, su contexto actual e historia personal.

¿Cómo valorar la calidad sin analizar antes el sentido que los propios sujetos dan a su vida? El problema estriba en precisar el criterio y el contexto de la definición ya que el mismo conjunto de recursos no tiene el mismo valor equivalente en todos los ámbitos. No existe una única teoría precisa, ya que pertenece a un universo ideológico, además de ser dual se debe mirar desde dos perspectivas, la individual y la colectiva.

Las Ciencias de la Salud, esencialmente, incorporan la percepción del paciente como “una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud” (Testa, 1996).

Pacientes con las mismas condiciones en cuanto al diagnóstico y momento evolutivo, pueden tener percepciones distintas de su estado de salud. A raíz de esto, desde la década de 1980 se presenta la necesidad de definir y estudiar la CVRS.

Una de las definiciones más acertadas es la que Shumaker y Naughton (1995) propusieron, unificando las previamente existentes: “La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar”.

Para los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estadounidense, el concepto de CVRS y sus determinantes han evolucionado desde los años 80 para abarcar aquellos aspectos de la calidad de vida global que pueden afectar la salud, tanto física como mental. A escala individual se incluirían: la percepción de la salud física, percepción de la salud mental, riesgos de salud, estado funcional, apoyo social, y estado socioeconómico. A escala comunitaria o social, la CVRS incluiría también los recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene sobre su salud y estado funcional (CDC, 2000). Michalos (2004), considera que “se subordina el concepto calidad de vida al concepto salud”. Para este autor CVRS es un “subdominio de la calidad de vida global, como la vida familiar, el trabajo o las actividades de ocio, y significa la naturaleza y valor de la vida en relación con la salud”.

Las dimensiones más importantes que incluye la CVRS son el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. Éstas parten de la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud-enfermedad y son utilizadas con frecuencia como sinónimos del concepto de salud autopercebida (Shumaker y Naughton, 1995), para valorar el impacto sobre la salud de los tratamientos y facilitar la toma de decisiones. Hay numerosas evidencias de que a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena (Leplége y Hunt, 1998).

Por último, es importante hablar en este epígrafe de la Calidad de Vida Laboral (CVL) como proceso dinámico y continuo en el que la actividad laboral está organizada objetiva y subjetivamente tanto en sus aspectos operativos como relacionales, “es una experiencia de bienestar secundaria a la percepción de equilibrio entre las demandas de un trabajo profesional y los recursos disponibles para afrontarlas” (García y González, 1995).

Las definiciones más clásicas muestran una concepción de la CVL basada en la valoración del individuo con su medio de trabajo (ambiente laboral, nivel de motivación, grado de satisfacción del individuo...), para después empezar a tratarse desde el punto de vista organizacional, procesos y cambios que afectan al trabajador (condiciones laborales, participación, toma de decisiones e implicación de los trabajadores en la dinámica del sistema y aspectos estructurales y estratégicos de la organización).

#### - *Salud laboral*

Durante los últimos tiempos el desarrollo industrial ha tenido un crecimiento desmesuradamente rápido. Sin embargo, la adaptación del hombre a este proceso no ha sido tan rápida. La importancia de la salud laboral ha estado presente desde tiempos inmemorables al ser el trabajo una actividad sustantiva de los seres humanos. De acuerdo con la definición global adoptada por el Comité Mixto de la Organización Internacional de Trabajadores (OIT) y de la OMS, la finalidad de la salud en el trabajo “consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las labores; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos, en su empleo, contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y, en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad” (OIT, 2003).

Los principales objetivos de la salud laboral son la conservación del bienestar físico, social y mental en relación con las condiciones de trabajo; el control de estas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador (Benavides, Ruiz- Frutos y García, 2000); identificar y

eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar aquellos con un efecto beneficioso para la salud y el bienestar del mismo. A su vez, se considera el tratamiento y la rehabilitación del trabajador que ha sufrido un problema de salud (Benavides, Ruiz- Frutos y García, 2000). Ofrecer condiciones de trabajo seguras y saludables consigue en la práctica empresas más productivas, unas buenas condiciones de seguridad y salud son algo beneficioso (OIT, 2006).

La OMS, junto a la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2000), considera “al lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI”, ya que las personas pasan la tercera parte de sus vidas en esta actividad. “Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general”.

Aplicando la definición acordada por la OMS al campo del trabajo, la salud laboral se preocupa de la búsqueda del máximo bienestar posible en el trabajo, tanto en la realización del trabajo como en las consecuencias de éste en todos los planos, físico, mental y social. El trabajo es fuente de salud pero también puede causar daño o incluso agravar problemas de salud.

Por todo esto entendemos que los objetivos de la salud laboral (Lupton, 1999) son la prevención de la enfermedad profesional, del accidente de trabajo, del disconfort del trabajador y de la promoción y educación de la salud (subjetividad del riesgo). No es sólo la prevención de aspectos físicos sino también de los aspectos psicosociales, entre los que se encuentran y destacan nuestras variables de estudio: calidad de vida relacionada con la salud y percepción de la imagen corporal.

La Prevención de Riesgos Laborales puede ser entendida desde muchos puntos de vista, y todos ellos conducen a un mismo objetivo; mejorar las condiciones de trabajo. Todas estas intervenciones incluyen desde aquellas obligaciones legales derivadas del conjunto normativo nacional e internacional, a aquellas consideraciones económicas que muestran que las condiciones indeseables de seguridad provocan más costes empresariales y sociales que los iniciales en prevención.

La aprobación de la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales al reconocer la organización y ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, recoge el interés de académicos y profesionales por incorporar los riesgos de origen psicosocial entre las causas de accidentes y bajas laborales; por lo que se vuelve a poner de manifiesto la importancia de nuestro trabajo en el estudio de aspectos subjetivos.

### *Resumen del Estado de la Cuestión*

Para la búsqueda bibliográfica se siguieron las recomendaciones de Gálvez (2001).

Elaboración de la pregunta documental. ¿Qué estudios hay en la literatura científica que hablen desde la perspectiva de salud laboral, de la calidad de vida relacionada con la salud?

Preparación de la búsqueda. Adaptación de los términos al lenguaje documental. Se realizó una selección de términos clave a partir del lenguaje natural empleado en la formulación de la pregunta documental para mejorar los resultados de búsqueda, utilizándose los dos tesauros más empleados en Ciencias de la Salud: DeCS creado por BIREME y MeSH un servicio de la National Library of Medicine and the National Institutes of Health. Los términos o expresiones que se utilizaron fueron: Calidad de vida (Quality of Life), Estilos de vida (Life Style), Salud Laboral (Occupational Health), Enfermería (Nursing), Trabajadores (Workers), Riesgos Laborales (Occupationals Risks), Percepción (Perception).

Elección de las Fuentes Documentales. El número de bases de datos con las que contamos hoy día en línea o en las bibliotecas de Ciencias de la Salud es desbordante. Para facilitar la búsqueda se exploraran sólo bases de datos en español e inglés.

En la elección de las bases de datos en las que ha realizado la búsqueda, se ha tenido en cuenta tanto las áreas específicas relacionadas con la temática (Ciencias de la Salud, Antropología, Sociología...), como la cobertura territorial.

Se inició la búsqueda en los últimos cinco años en CUIDEN Plus por incluir la producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales ya que la visión desde la que se abordó el trabajo fue desde la perspectiva enfermera. Seguidamente se indagó en otras disciplinas, a través de bases de datos como IME e ISOC. Una vez consultados estos recursos, se buscó en otros contextos del ámbito de la biomedicina internacional: CINAHL, MEDLINE, (a través del motor de búsqueda PUBMED), TESEO, COCHRANE, Excelencia clínica, TRIPDATABASE, Google académico.

Ejecución de la Búsqueda. En primer lugar se realizó una búsqueda sin límites en lenguaje natural y utilizando los operadores booleanos AND y OR para poder hacernos una idea de la producción científica existente. Seguidamente se llevó a cabo una búsqueda mucho más precisa utilizando los descriptores antes mencionados con ayuda de los tesauros y el operador booleano AND, se buscaran artículos originales, revisiones bibliográficas, sistemáticas y metaanálisis con una antigüedad de cinco años (2006- 2011).

Selección y Recuperación Bibliográfica en el Proceso de Investigación. Tras revisar las bases de datos y analizar las referencias y resúmenes de los documentos obtenidos en las búsquedas, seleccionamos aquellos de mayor interés para su posterior búsqueda a texto completo; de esos documentos escogimos por un lado aquellos que estaban más relacionados con nuestro estudio con el fin de contar con resultados con los que comparar en el apartado de discusión.

Por otra parte, la recuperación de documentos a texto completo se hizo a través de la Biblioteca Scielo, la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz y la Hemeroteca Cantárida. Para aquellos que estaban en formato papel se recurrió a las Bibliotecas de la Universidad de Granada (Biosanitaria, CC. Políticas, Filosofía y Letras y Psicología), la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Centro de Documentación de la Fundación Index.

Para finalizar la revisión bibliográfica se realizó una búsqueda inversa, con recuperación secundaria, analizando la bibliografía de los artículos localizados y de otras revisiones que se consideraron de interés.

Principales publicaciones realizadas en el campo. Una vez expuesta las estrategias de búsqueda, pasaremos a resaltar los estudios más destacados. De los estudios seleccionados se indica el autor o autores, el objetivo y los principales resultados obtenidos por orden cronológico.

Lizán Tudela (2000), describen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en 1.408 personas mediante las láminas de medición Coop- Wonca en pacientes de atención primaria, acompañantes de pacientes de atención primaria, mujeres embarazadas, familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer y personas adictas a drogas. Sus resultados muestran diferencias únicamente entre las mujeres embarazadas siendo el grupo con peor forma física, pero con mejor estado de salud, apoyo social y calidad de vida y el grupo de adictos a drogas siendo el peor en cuanto a las variables sentimientos, actividades sociales y calidad de vida.

Láinez y otros (2007), plantearon la realización de un estudio observacional y transversal con el propósito de evaluar el impacto de distintas enfermedades sobre la calidad de vida de una población laboral de 415 sujetos y su relación con la productividad laboral. Utilizaron la historia clínica de los trabajadores y sus antecedentes de salud, además del cuestionario de

calidad de vida SF-36; adicionalmente se evaluó la productividad laboral mediante el Índice de Impacto de la enfermedad en la productividad Laboral (Índice IMPALA) y el número de días equivalentes a días de trabajo perdidos (LWDE). Se observó peor calidad de vida relacionada con la salud y peor productividad laboral en sujetos mujeres, con categoría profesional medio-alta. En particular, se observó un mayor impacto en la calidad de vida en los sujetos con antecedentes de alguna enfermedad en general, alguna enfermedad músculo-esquelética, del sistema digestivo, trastorno mental o migraña o que estaban recibiendo algún tratamiento. Sin embargo, en los resultados obtenidos no se presenta una peor calidad de vida en los pacientes con patologías cardíacas, ni endocrinas, ni respiratorias.

González Pisano (2009) midieron la CVRS y la relación con el apoyo social, la función familiar y el nivel de carga de cuidadoras de personas con un nivel medio/alto de dependencia en cuidadoras de personas dependientes de dos zonas rurales de León. Estudio descriptivo transversal, donde se administró un cuestionario para explorar las características socioeconómicas, función familiar (APGAR familiar), apoyo social (Duke-Unc), calidad de vida relacionada con la salud (láminas Coop-Wonca) y nivel de carga (Zarit) de los cuidadores. La CVRS en las cuidadoras es mejor en las que tienen un buen apoyo familiar y social, un buen estado de salud y mantenían su nivel de actividad física y sentimientos positivos. Empeoraba cuando disminuía el apoyo social y aumentaba el nivel de carga.

Serrano-Gallardo y otros (2009), realizaron un estudio descriptivo transversal basado en los datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid de 2005, cuyo objetivo fue obtener valores poblacionales de referencia de las viñetas Coop-Wonca de CVRS para población adulta española de medio urbano. La variable CVRS se midió a través de las viñetas Coop-Wonca de calidad de vida, otras variables estudiadas fueron: edad, sexo, estado civil, clase social, lugar de origen y nivel de estudios. Los valores medios más altos se encontraron en las dimensiones Cambios en el Estado de Salud, Estado de Salud, Forma Física y Apoyo Social. Aumentó significativamente el valor medio de las dimensiones y del sumatorio de CVRS con la edad, a medida que se desciende en la clase social y según el país de origen (mayor en autóctonos); los valores fueron también más altos en mujeres.

Por último, señalar que se han encontrados estudios sobre CVRS en población obesa, entre los que destacan el de Jia y Lubetkin (2005), Huang y otros (2006), Oliva (2009) y Cárdenas y otros (2009) Se seleccionan por el interés que pueden tener de cara a la discusión de resultados, a la hora de establecer comparaciones entre la población del estudio y poblaciones con otros perfiles procedentes de estas otras investigaciones

### *Marco teórico y justificación del estudio*

En primer lugar, consideramos que la perspectiva de la calidad de vida en el entorno laboral (Davis y Cherns, 1975; Taylor, 1973; Elizur y Shye, 1990; González y otros, 1996) que mejor encaja con este trabajo es la propuesta por la corriente de la CVL psicológica, al considerar la importancia que la situación individual del sujeto tiene sobre el interés organizacional. No obstante, se entiende que esta perspectiva no excluye la idea propuesta por la corriente de la calidad de vida en el entorno del trabajo, si asumimos que el bien individual del trabajador repercutirá positivamente en el bien de la institución.

Puesto que este trabajo se plantea desde la visión enfermera, es conveniente recordar la importancia que algunos modelos y teorías de enfermería dan a las cuestiones relacionadas con la percepción de la salud (Marriner y Raile, 2002 y Potter y Perry, 2001). Es importante señalar que teóricas como Henderson defienden al ser humano como un ser integral; además, Gordon, en la línea de lo anterior, focaliza dicha integralidad en patrones concretos

como el patrón percepción-manejo de salud y el patrón autopercepción-autoconcepto, patrones en los que encaja el estudio y actuación sobre la calidad de vida y la imagen corporal en los diferentes contextos asistenciales de la enfermería, entre ellos el contexto de la salud laboral.

La relevancia social y sanitaria que se desprende de este estudio se justifica en el hecho de que se vincula con políticas de actuación sociosanitarias. Así, la trascendencia de la calidad de vida ha sido reconocida por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía como problema, tanto por su prevalencia, como por su impacto en la población, incluyéndolas en los Planes Estratégicos de las políticas de salud.

En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha establecido la Seguridad del Paciente como una estrategia prioritaria del Sistema Nacional de Salud (“Pacientes por la seguridad de los pacientes” Programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente). Además, la Estrategia Española en Seguridad y Salud 2007-2012 incorpora entre sus objetivos específicos la necesidad de perfeccionar la investigación en materia de seguridad y salud en el trabajo, orientando su investigación no sólo hacia los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, sino también hacia el conocimiento de riesgos laborales nuevos y emergentes, su anticipación y su prevención (“estrategias de protección de la salud de los trabajadores”).

### **3. Objetivos**

Según Polit y Hungler (2000) una hipótesis se define como “la predicción o explicación provisional de la relación entre dos o más variables, de modo que la hipótesis traduce una pregunta de investigación en una predicción precisa de los resultados esperados”. En relación a la formulación de la hipótesis, existe controversia a la hora de determinar si todos los estudios deben partir de hipótesis o, en algunos (como los diseños descriptivos y los cualitativos) es suficiente con formular una pregunta de investigación que responda al propósito general del mismo.

En este caso el propósito general es describir cómo perciben un grupo de trabajadores del entorno medioambiental la calidad de vida relacionada con la salud y conocer mediante metodología cualitativa sus opiniones acerca de otros aspectos de interés en salud laboral. No está entre los objetivos de este estudio, buscar factores causales que expliquen el comportamiento de tales variables, entre otras cosas porque lo que se plantea es un estudio transversal y no un estudio de seguimiento. Por todo ello, consideramos que no es necesario formular una hipótesis como tal (en referencia a la definición de Polit y Hungler), debido a la naturaleza exploratoria y descriptiva de este estudio, si bien la pregunta ha quedado delimitada en términos claros y operativos.

#### *Objetivo General*

1.- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud de una población de trabajadores de la comunidad andaluza.

#### *Objetivos Específicos*

- 1.- Identificar las características sociodemográficas de una población laboral en Andalucía.
- 2.- Establecer las características clínicas de una población laboral en Andalucía.
- 3.- Diferenciar los estilos de vida de una población laboral en Andalucía.



- 4.- Determinar si existen diferencias en la percepción de la CVRS en una población laboral en Andalucía con respecto a las variables sociodemográficas, clínicas y estilos de vida.
- 5.- Conocer las demandas, necesidades y opiniones sobre salud laboral en una población de trabajadores de Andalucía.

## 4. Metodología

### *Diseño*

Para dar respuesta a los objetivos específicos 1, 2, 3 y 4 se opta por un estudio cuantitativo, concretamente un estudio observacional descriptivo transversal. Por otro lado, el diseño del estudio escogido para dar respuesta al 5º objetivo específico es un diseño cualitativo también de carácter descriptivo.

### *Emplazamiento y Población*

El estudio se realizará en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Grupo Preving de Granada. La población estará compuesta por todos los trabajadores, tanto hombres como mujeres, adscritos al Servicio de Prevención de Grupo Preving Granada y Almería, independientemente de su categoría profesional o puesto de trabajo.

Grupo Preving es una marca a nivel nacional bajo la que operan varias empresas dedicadas a la Prevención de Riesgos Laborales con un objetivo común: “velar por la seguridad y salud de los trabajadores y disminuir la siniestralidad laboral”.

En el estudio cuantitativo, para el cálculo del tamaño muestral, se aplicarán los criterios definidos para la estimación de una proporción, teniendo en cuenta los siguientes parámetros estándar: Se parte de una estimación teórica del 50%, la población objetivo del estudio es conocida (población finita), se adopta un nivel de confianza del 95% y una precisión del +- 3%.

En cuanto al tipo de muestreo, se utilizará un muestreo consecutivo hasta alcanzar el tamaño mínimo de muestra. Se estratificará la muestra en función de las categorías profesionales a las que atiende Preving: Administración, Hostelería y Construcción.

De cara a realizar la selección de los participantes del diseño cualitativo, el poder de la muestra radica en su capacidad de reflejar la diversidad del fenómeno estudiado y en el principio de saturación de la información. De acuerdo con esto, los criterios de segmentación que se emplearán serán el tiempo trabajado y la categoría profesional admitiendo la necesidad de organizarla al menos en tres segmentos (Administración, Hostelería y Construcción). Todo ello condicionado a sus características y funciones laborales y teniendo en cuenta que prevalecerá un criterio flexible de crear más grupos hasta llegar al principio de saturación.

### *Variables*

(a) Para el estudio cuantitativo, las variables se clasifican en cuatro grupos:

1.- Datos Sociodemográficos:

- Edad.
- Sexo, dividida según género en Hombre/ Mujer.
- Lugar de Residencia, diferenciado entre Rural y Urbano.
- Estado Civil, cuyas categorías fueron: Casado, Soltero, Separado, Divorciado, Pareja de hecho y Viudo.

- Nivel de Estudios, que contaba con los Estudios Primarios, Secundarios y Superiores.
- Categoría Profesional, cuyas modalidades fueron: Hostelería, Construcción y Administración.

#### 2.- Variables relacionadas con estilos de vida:

- Práctica deporte-afición. (Sí/No).
- Fumador, con cuatro posibles respuestas: No, >10 cigarros/diarios, 10-20 cigarros/diarios, >20 cigarros/diarios.
- Ingiere bebidas alcohólicas, con cuatro modalidades: No, Ocasionalmente, A diario (Menos de un litro diario, 1 litro diario, Más de un litro diario).

#### 3. Variables clínicas:

- Enfermedades comunes: En el análisis descriptivo, con varias posibles respuestas: Ninguna, HTA, Diabetes/ HTA, Alteraciones circulatorias/ Hipercolesterolemia, Alteraciones cardíacas/ Hipercolesterolemia, Diabetes, Alteraciones circulatorias, Hipercolesterolemia, Diabetes/ Hipercolesterolemia, HTA/ Hipercolesterolemia, Otras.
- Tensión Arterial.
- Valores analíticos. Glucosa, Colesterol, Triglicéridos, Transaminasa (GGT, GPT, GOT).
- Toma de medicación habitual, con diversas posibles respuestas: No toma de medicación, Antihipertensivos, Antidiabéticos, Cardiovasculares e Hipolipemiantes.

#### 4. Variable de respuesta o variable central del estudio

- Percepción de la Calidad de vida relacionada con la Salud: En base al instrumento de recogida de datos que se va a emplear (COOP-Wonca) la naturaleza estadística de la variable es cuantitativa. Sin embargo, el instrumento permite analizar la variable en base a cada una de las dimensiones que lo integran, por lo que también adopta la naturaleza de variable cualitativa policotómica.

(b) Para dar respuesta al objetivo específico 5, dada la naturaleza cualitativa del estudio que corresponde a este objetivo, se hablará de categorías de estudio en lugar de variables. Las dimensiones de estudio que se contempla a priori son las demandas, necesidades y opinión en torno a la salud laboral. De cada dimensión, una vez recogida la información, se identificarán las categorías que den respuesta a cada una de ellas.

### *Recogida de Datos*

(a) Para el estudio cuantitativo, se emplearán los siguientes cuestionarios.

- Cuestionario ad hoc para recogida de variables sociodemográficas, relacionadas con los estilos de vida y de carácter clínico.
- Láminas de Medición del Estado Funcional Coop- Wonca para la mediación de la percepción de la CVRS. (variable utilizada como dimensión de la CVRS). Se utilizará la versión española validada por Lizán y Reig (2003, 2006) de las láminas Coop-Wonca en su versión completa. Este cuestionario comprende 9 escalas distintas de un único ítem. Cada una de las escalas presenta un título y plantea una pregunta que hace referencia a lo sucedido en o durante las dos últimas semanas. A estas preguntas se contesta con una de cinco posibles alternativas acompañadas de una viñeta. Las posibles respuestas se puntúan de 1 a 5, siendo las puntuaciones mayores las que reflejan una peor salud percibida. Los títulos de las dimensiones son: 1.Forma física, 2.Sentimientos, 3.Actividades cotidianas, 4.Actividades sociales, 5.Cambio en el estado de salud, 6.Estado de salud, 7.Dolor, 8.Apoyo social y 9.Calidad de vida en general.

Aunque se ha usado poco en la bibliografía por la pérdida de información que supone si no va acompañada de las puntuaciones individuales de cada una de las láminas, se ha aceptado la posibilidad de utilizar un valor (Coop total) que sea el sumatorio de todas las viñetas, a excepción de la lámina 5 (cambio en el estado de salud), que al poseer una

estructura bipolar tiene una lectura diferente a las demás (Van Weel, 1993). En este estudio, tal y como se ha comentado en el epígrafe anterior al describir la variable que mide este instrumento, además del análisis de la sumatoria total, se analizará cada dimensión, con objeto de disponer de una información más precisa en torno al estado funcional del trabajador.

Estas láminas han sido utilizadas por otros estudios tales como el de Arenas (2004) en una población de sujetos sometidos a hemodiálisis; Cabañero y otros (2004) en mujeres embarazadas y puérperas, Reig y otros (2003) en estudiantes universitarios o Serrano-Gallardo y otros (2009) en población adulta en un medio urbano. Por otro lado, cabe destacar el estudio realizado por López Alonso (2008), en población con osteoartritis de cadera y rodilla (López, 2008).

(b) Para el estudio cualitativo, se realizarán grupos focales. Los grupos focales se realizarán en el aula de formación de Grupo Preving Granada. En ellos participarán un/a moderador/s y un/a observador/a. Para hacer más fácil el desarrollo de la técnica se elaborará previamente un guión con una lista de temas o cuestiones a tratar a lo largo de la reunión para garantizar que se recoge toda la información necesaria para responder al objetivo del estudio. Este guión simplemente servirá para recordar que se deben abordar ciertos temas, no constituyendo un protocolo estructurado en cuanto a contenido y orden, pues será el/la moderador/a quien decida cómo y cuándo plantear los temas o preguntas. Esto contribuirá a relajar el ambiente, permitiéndoles a las personas que hablen sobre lo que ellas consideran importante sin estructurarles las respuestas, dejándose para más adelante las preguntas o las cuestiones importantes. Cuando los informantes mencionen experiencias específicas se indagará más en ellas, o bien se tomará nota para volver a plantearlas posteriormente (Taylor-Bogdan, 2006; Olabuenaga, 1999). Después de la reunión es muy útil que el/la moderador/a y el/la observador/a comenten su desarrollo y recapitulen el contenido y significado de lo que se ha dicho, con el fin de valorar si es necesario reorganizar la guía de temas, modificar el perfil de los participantes en siguientes grupos, modificar la dinámica de la moderación u otros aspectos del diseño. Es importante resaltar la importancia del observador, cuyo papel consiste en recibir y colocar a los participantes, manejar el equipo de grabación y registrar en un papel lo que está ocurriendo (García y Rodríguez, 2000): el cuaderno de campo cumple la función de los "comentarios del observador": temas, interpretaciones, intuiciones y conjeturas emergentes, gestos notables y expresiones no verbales esenciales para comprender el significado de lo que se dice, y que enriquecerán la transcripción (Taylor-Bogdan, 2006), incluyendo una evolución de la moderación.

### *Análisis de datos*

(a) Se realizará un análisis estadístico descriptivo y un análisis bivariado, utilizando los test estadísticos que procedan, tanto paramétricos como no paramétricos, aplicando estos últimos cuando los paramétricos estén contraindicados por las normas establecidas para realizar un análisis estadístico de resultados. Se procederá también a realizar análisis multivariantes correspondiente, en función de la naturaleza de la variable dependiente a contrastar.

El instrumento de medida de la variable de respuesta será analizado con el fin de verificar la fiabilidad y validez del mismo en este tipo de estudio, aplicado a población laboral.

Los datos serán tabulados en una base de datos creada a tal efecto en SPSS, versión 15.0. Una vez revisada y depurada la base de datos, se procederá a realizar el análisis con el mismo programa informático antes mencionado.

(b) Estudio cualitativo. El método de análisis cualitativo, al contrario de lo que ocurre en las investigaciones convencionales que siguen un esquema secuencial donde las etapas se

suceden unas a otras, se caracteriza por seguir un esquema en espiral, o lo que algunos autores han llamado una aproximación sucesiva o análisis en progreso, que obliga a volver una y otra vez a los datos para ascender progresivamente hacia la mayor comprensión de los mismos y dar consistencia a las interpretaciones (Amezcu y col, 2002). Como guía de análisis se utilizará el método propuesto por Amezcu y col (2009), que consiste en una versión modificada y adaptada de la propuesta práctica de Taylor-Bogdan (2006) y que pasaremos a describir a continuación:

1.- Preparación de los datos: en esta primera etapa del análisis se acondicionarán los datos de cara a trabajar con ellos, transformándolos, identificándolos, organizándolos y protegiéndolos. Para ello lo primero que se hará es transcribir las entrevistas siguiendo un modelo unificado (Amezcu y col, 2004) para después reducir el texto seleccionando a aquel que está en consonancia con el objetivo del estudio.

2.- Descubrimiento de temas: en esta fase lo que se pretende es interrogar el texto para extraer de los datos una estructura temática que ayude a adoptar una perspectiva de análisis. Lo primero que se hará es formular preguntas del tipo: ¿De qué tratan?, ¿Sobre qué nos hablan en las reuniones cuando le preguntamos acerca de nuestro objetivo principal? Posteriormente se pasará a realizar repetidas lecturas detalladas y minuciosas de los datos (transcripciones y notas de campo) con el objetivo de alcanzar una mayor familiaridad con los mismos, siguiendo la pista de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas que nos permitirán identificar categorías y desarrollar ideas abstractas generalizadas a partir de los hechos empíricos (conceptos) y enunciados generales de hechos, basados en los datos (proposiciones teóricas), con los que se desarrollará una guía explicativa en cada dimensión de estudio.

3.- Codificación: la codificación implica dar orden a los datos obtenidos según las categorías de análisis para determinar su consistencia. Se reúnen, clasifican y analizan todos aquellos que se refieren a un mismo tema, idea o concepto tal como fueron expresados por los informantes, respetando su lenguaje, opiniones, creencias. Tras este proceso puede ocurrir que algunas categorías que inicialmente podrían parecer vagas se refuercen con nuevos datos, incorporándolas a nuestra interpretación. Y al contrario, otras categorías podrían perder validez por lo que pasaríamos a descartarlas o reformularlas. Después se revisarán los datos sobrantes, ya que podrían sugerirnos nuevas categorías o bien podrían incorporarse a otras, de no ser así se desestimarían por carecer de capacidad ilustrativa. Esta etapa permitirá refinar el análisis y obtener información suficiente para ilustrar el modelo explicativo que se adopte cada dimensión de análisis.

4.- Relativización: en esta fase se interpretarán los datos y se describirá el modelo explicativo de cada dimensión de estudio.

Se utilizará como soporte informático el programa Atlas.ti 5.0, una herramienta cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo. El programa Atlas.ti resulta muy útil en las fases instrumentales del análisis para realizar operaciones como el marcado y codificación del texto, la relación de categorías y sujetos, la elaboración de tipologías y perfiles, o el recuento, búsqueda y recuperación de unidades codificadas.

### *Aspectos éticos*

Garantizaremos la confidencialidad de la información obtenida durante la investigación, ya que no se utilizará para cuestiones ajenas a la investigación y se tratará de acuerdo a la legislación vigente respaldada por la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal (Ley 15/1999, de 13 de diciembre). En el caso de los cuestionarios, además se garantizará el anonimato del sujeto.

Los sujetos del estudio serán informados acerca del estudio y del grado de participación, lo cual les permitirá valorar si aceptan voluntariamente la invitación a colaborar. Además se documentará el proceso a través de la cumplimentación de un consentimiento informado. Los grupos focales serán grabados, pero se garantiza la confidencialidad de la información que aporten los sujetos, aspecto que será recogido en el consentimiento informado. Por otro lado, el estudio cuenta con la autorización documentada del Grupo Preving.

## **5. Aplicabilidad del proyecto**

Los patrones de conducta, valores y formas de vida que caracterizan a un individuo o grupo de personas, representan las prácticas diarias, hábitos y actividades que pueden afectar a su salud. Conociendo estas premisas las enfermeras de empresa podemos y debemos participar en el proceso de salud del trabajador, permitiendo que sea el propio sujeto el que tome sus decisiones, una vez que ha sido informado, facilitándole elementos de comprensión y actuación adecuados.

Los resultados de nuestro estudio servirán para conocer más acerca del estado de salud de una población laboral, y considerando novedosa la incorporación de factores subjetivos relacionados con las percepciones, que normalmente escapan a otros trabajos del contexto de la salud laboral. El conocimiento aportado podrá ayudar a planificar estrategias de mejora y promoción de la salud de los trabajadores, en tanto y en cuanto nuestros hallazgos están en consonancia con buena parte de los objetivos que sustentan la Educación para la Salud en el marco de la Salud Laboral y Preventiva:

Conocer a nuestros trabajadores, formarnos e informarnos en materia de prevención y promoción de la salud, mediante un reciclaje continuo.

Realizar el examen de salud teniendo en cuenta toda la esfera biopsicosocial del trabajador.

Fomentar conductas positivas favorecedoras de la salud en general, claras y sencillas en su comprensión, pudiéndose adaptar en todo momento a sus necesidades. Partiendo siempre de lo sencillo para luego ir a lo complejo.

Promover cambios medioambientales que ayuden a modificar comportamientos. Marcar objetivos individualizados realizables anualmente, evaluando la efectividad- beneficio y los logros conseguidos o no en el tiempo en que se realice el siguiente reconocimiento médico en salud, con el fin de reforzar o plantear nuevas estrategias de afrontamiento para la potenciación de estilos de vida saludables.

Definir sus propios problemas y necesidades para comprender lo que pueden hacer con sus propios recursos y apoyo externo; si se potencia unos hábitos de vida saludable y se conocen las actuaciones riesgosas para la salud se evitarán muchas complicaciones.

Capacitar a los individuos a tomar sus propias decisiones por medio de la participación activa en el proceso de salud. Potenciar el autocuidado, con un contacto y seguimiento directo, han de saber que pueden contar con el personal de enfermería.

Conocer las debilidades y fortalezas de nuestros trabajadores, motivar la autoevaluación continúa, favorecer el consenso entre los profesionales de la Prevención de Riesgos Laborales, la participación de trabajadores y empresarios, son algunas de las futuras implicaciones prácticas a realizar ya que un mejor estado de salud equivale a un mayor y óptimo rendimiento laboral.

En este contexto, se impone inevitablemente el desafío de la calidad en todas las actuaciones de prevención de riesgos laborales. La cuestión es que en la política actual de seguridad y salud en el trabajo en España, hay mucha seguridad y poca salud. Estamos ante un reto de encontrar y definir nuevas políticas y estrategias de salud en el trabajo, desde un abordaje más integral, holístico y sistémico de la Calidad de Vida Laboral,

proponiendo un enfoque más integrador capaz de superar las visiones simplistas de enfoques teóricos-metodológicos convencionales.

## 6. Bibliografía

- Amezcua, Manuel y Gálvez Toro, Alberto (2002). "Los modos de análisis en Investigación Cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta". *Revista Española de Salud Pública*; 76(5): 423-436.
- Amezcua Manuel y Hueso Montoro, César (2004). "Cómo elaborar un relato biográfico". *Arch Memoria*; 1. Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/metodologia.php> (Consultado el 10-01-2011).
- Amezcua, Manuel y Hueso Montoro, César (2009). "Cómo analizar un relato biográfico". *Arch Memoria*; 6 (3). Disponible en <<http://www.indexf.com/memoria/6/mc30863.php>> (Consultado el 10-01-2011).
- Arenas, M<sup>a</sup> Dolores y otros. (2004). "Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis". *Nefrología*; 24(5): 470- 479.
- Benavides, Fernando G. y Maqueda, Jerónimo. (2003). "La investigación en seguridad y salud en el trabajo: ¿Un paso adelante?". *Archivos de Prevención y Riesgos Laborales*; 6: 55-56.
- Benavides, Fernando G. y otros. (2008). "Prioridades de investigación en salud laboral en España". *Medicina y Seguridad del Trabajo*; 54(211): 25-27. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546x2008000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546x2008000200004) (Consultado el 05-03-2010).
- Benavides, Fernando G. Ruiz- Frutos, Carlos y García, Ana M. (2000). "Trabajo y Salud". En Benavides, Fernando G. Ruiz- Frutos, Carlos y García, Ana M. *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson, pp. 37-48.
- Cabañero, María José y otros. (2004). "Fiabilidad y validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puerperas". *Psicotherma*; 16(3): 448-455.
- Cárdenas Villarreal, Velia Margarita y otros. (2009). "Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares". *Desarrollo Científico Enfermero*; 17(7): 297-301. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/17/r17-297.php> (Consultado el 29-02-2010).
- Cardona A, Doris y Agudelo G, Héctor Byron. (2005). "Construcción cultural del concepto de calidad de vida". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*; 23(1): 79-90.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *Measuring Healthy Days*. Atlanta, Georgia: CDC.
- Davis, L. y Cherns, A. (1975). *The quality of working life*. Nueva York: The Free Press, McMillan Publishers.
- Elizur, Dov y Shye, Samuel. (1990). "Quality of work life and its relation to quality of life". *Applied Psychology: An International Review*; 39(3): 275-291.
- España. (1995, 8 de Noviembre) Ley 31: Prevención de Riesgos laborales. Artículos 2.1 y 22, Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/TextosLegales/LeyPrevencion/PDFs/leydeprevencionderiesgoslaborales.pdf>. (Consultado el 18-02-2010).
- Gálvez Toro, Alberto. (2001). *Enfermería Basada en la Evidencia*. Granada: Fundación Index.

- García Caliente, María del Mar y Mateo Rodríguez, I. (2000) "El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica". Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria; (25)3: 181-187
- Gil Hernández, Fernando. (2005). Tratado de Medicina del Trabajo. Barcelona: Masson.
- Gill Thomas M. y Feinstein, Alvan R. (1994). "A critical appraisal of quality of quality-of-life measurements". The Journal of the American Medical Association; 272(8): 619-626.
- González Pisano, Ana Covadonga; Granado Villacé, Rebeca; García Jáñez, Esperanza; Cano González, Cristina; Fernández Fernández, M<sup>a</sup> Isabel (2009). "Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadoras de personas dependientes de dos zonas rurales de León". Enfermería Clínica; 19(5): 249-257
- González, P.; Peiró Silla, José María y Bravo, M.J. (1996). "Calidad de vida laboral". En Peiró Silla, José María y Prieto, Fernando. Tratado de Psicología del Trabajo (Vol. 2): Aspectos psicosociales del trabajo. Madrid: Síntesis.
- Huang, I.C.; Frangakis, C. y Wu, A.W. (2006). "The relationship of excess body weight and healthrelated quality of life: evidence from a population study in Taiwan". International journal of obesity; 30(8): 1250-1259.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y otros. (2007). "Estrategia española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012.". Disponible en: <http://www.mtas.es/insht/legislation/EESST.htm>. (Consultado el 18-02-2010).
- Jia, Haomiao y Lubetkin, Erica I. (2005). "The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population". Journal of Public Health; 27(2): 156-164.
- Láinez, M.J. y otros. (2007). "Impacto de distintas enfermedades en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en una población laboral". Anales de Medicina Interna; 24(1): 3-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n1/original1.pdf>. (Consultado el 01-03-2010).
- Leplège, Alain y Hunt, Sonia. (1998). "El problema de la Calidad de Vida en Medicina". The Journal Of the American Medical Association; 7(1): 19-23.
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
- Lizán Tudela, Luís y Reig Ferrer, Abilio. (2003). "Las viñetas COOP/Wonca. Un instrumento para evaluar la calidad de vida y la salud". Monografías Sanitarias, 42.
- Lizán Tudela, Luís y Reig Ferrer, Abilio. (2006). "Adaptación transcultural de una medida de calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas Coop-Wonca". Atención Primaria; 24(2): 75-82.
- Lizán Tudela, Luís, Reig Ferrer, Abilio; Richart Martínez, Miguel; Cabrero García, Julio. (2000). "Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA". Medicina Clínica; 114(3): 76-80
- López Alonso, Sergio R. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas intervenidas de artroplastia total de cadera y rodilla. Directores: María Teresa Labajos Manzanares y José Miguel Morales Asencio. Universidad de Málaga, Departamento de Enfermería.
- López Alonso, Sergio R. y otros. (2009). "Validez, fiabilidad y convergencia de COOP/WONCA y EUROQoL, administrados telefónicamente, en población con osteoartrosis de cadera y rodilla". Index Enfermería, 18(3): 195-200. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n3/6989.php>. (Consultado el 13-03-2010).
- Lupton, Deborah. (1999). Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives. New York: Cambridge University Press.
- Marriner Tomey, Ann y Raile Alligood, Martha. (2002). Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid: Elsevier Science.
- Michalos, Alex C. (2004): "Social Indicators Research and Health-Related Quality of Life Research". Social Indicators Research; 65(1): 27-72.

- O.I.T. (2003). "Actividades normativas de la OIT en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo: estudio detallado para la discusión con miras a la elaboración de un plan de acción sobre dichas actividades". Suiza. En la 91ª. Conferencia Internacional del Trabajo. Informe VI. Suiza. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc91/pdf/rep-vi.pdf>. (Consultado el 17-02-2010).
- O.I.T. (2006). "Consejo de administración para debate y orientación. Seguridad y salud en el trabajo: sinergia entre la seguridad y la productividad". Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/gb295/pdf/esp-3>. (Consultado el 17-02-2010)
- Olabuenaga Ruiz, José Ignacio (1999). "La entrevista". En: Olabuenaga Ruiz, José Ignacio. Metodología de la investigación cualitativa pp.165-189. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Oliva, Juan. (2009). "Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud". Departamento de Análisis Económico y Finanzas de la UCLM. pp 3-26. Castilla la Mancha. Disponible en: <http://www.uclm.es/dep/daef/DOCUMENTOS%20DE%20TRABAJO/2009-3%20DT-DAEF.pdf>. (Consultado el 16-02-2010).
- OMS. "Estrategia de Vigilancia de la OMS". Disponible en: [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/strategy/en/print.html](http://www.who.int/ncd_surveillance/strategy/en/print.html). (Consultado el 17-02-2010).
- OMS, OPS. (2000). "Estrategia de Promoción de la Salud en los lugares de trabajo de América latina y el Caribe Anexo nº6" del Documento de Trabajo. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/promocion/promocion.pdf>. (Consultado el 17-02-2010).
- Polit, Dense F. y Hungler, Bernadette P. (2000). Investigación científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Potter, Patricia A. y Griffin Perry, Anne. (2001). Fundamentos de Enfermería. Barcelona: Harcourt.
- Reig Ferrer, Abilio y otros. (2003). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Alicante. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/07715285872585939974813/index.htm>. (Consultado el 2-03-2010).
- Serrano-Gallardo, Pilar y otros. (2009). "Valores poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana". Medicina Clínica; 132(9): 336-343.
- Shumaker, S. y otros. (1995). "The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis". Journal of Medical Ethics, 22(4): 248-249.
- Taylor, SJ; Bogdan, R (2006). "La entrevista en profundidad". En: Taylor, SJ; Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. pp. 100- 131. Barcelona: Piados.
- Taylor, James C. (1973). "Concepts and problems in studies of quality of working life". Manpower Administration, U.S Department of Labor.
- Testa, Marcia A. y otros. (1996). "Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes". The New England Journal of Medicine, 334(13): 835-840.
- Van Weel, C. (1993). "Functional status in primary care: Coop-Wonca charts". Disability & Rehabilitation; 15(2): 96-101.
- WHOQOL Group. (1995). "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organisation". Social Science & Medicine, 10: 1403- 1409.