

Calidad de vida de los estudiantes de posgrados, su impacto al recibir o no beca económica

Quality of life for graduate students, its impact on scholarship or not receiving

4



*Alanis Pérez, María Elvia Edith PhD. Universidad de Oviedo, España, Universidad de Guadalajara, México
edithalaniz@gmail.com*

Resumen— El trabajo de investigación doctoral titulado Impacto de los programas que pertenecen al padrón nacional de posgrados (PNP) en la calidad de vida relacionada con la salud de los alumnos admitidos a las maestrías del CUCEA de la Universidad de Guadalajara, México. Análisis comparativo con los programas no (PNP) ha sido realizado por Dna. María Elvia Edith Alanis Pérez en el área de Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultura y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Se planteo la hipótesis de trabajo de que los alumnos que recibían una ayuda de estudios podrían disfrutar de una CVRS mejor que los que no la recibían. El objetivo principal de este estudio es medir la CVRS en dos muestras de estudiantes admitidos a las maestrías del CUCEA. Se seleccionaron a todos los alumnos admitidos en seis maestrías del CUCEA, tres pertenecientes al Padrón Nacional de posgrados que reciben becas federales y otras tres no pertenecientes al PNP. Se les determinaron las diferentes escalas de CVRS mediante el cuestionario de Perfil de Calidad de Vida (PECVEC), al ingresar a las maestrías, al momento de recibir las ayudas de estudio y al mes de haber recibido las ayudas.

La comparación de las tres mediciones de la CVRS entre los alumnos estudiados, demuestran que durante el transcurso de sus estudios mantienen una similar calidad de vida relacionada con la salud, independiente de que reciban o no estímulos económicos. Se rechaza por tanto la hipótesis nula (Ho) aceptando la hipótesis alternativa (H1)

Palabras Clave—Calidad de Vida, Estudiantes de posgrado, apoyos económicos.

Abstract— The doctoral research work entitled Impact of programs belonging to the national register of graduate (PNP) in the quality of life related to the health of students admitted to the Masters of CUCEA at the University of Guadalajara, Mexico. Comparative analysis with no programs (PNP) has been made of DNA. Maria Elvia Edith Perez Alanis in the area of Preventive Medicine and Public Health, Department of Medicine, University of Oviedo.

The quality of life related to health (HRQOL) is an individual's personal perception of their life situation within the context of culture and values on which they live and in relation to their goals, expectations, values and interests. It was hypothesized that working students were receiving support from studies could enjoy a better HRQoL than those not receiving it. The main objective of this study is to measure HRQL in two samples of students admitted to the Masters of CUCEA. We selected all students admitted to master's CUCEA six, three belonging to the National Register of graduate programs receiving federal grants and three non-PNP. They determined the different levels of HRQOL using the questionnaire Quality of Life Profile (PECVEC), to enter the master, at the time of study aids and one month of receiving aid.

The comparison of the three measures of HRQOL among students surveyed, shows that during the course of their studies maintain a similar quality of life related to health, regardless of whether or not they receive economic stimulus. It therefore rejects the null hypothesis (Ho) accepted the alternative hypothesis (H1)

Keywords— Quality of Life, graduate student financial support.



I. INTRODUCCIÓN

En México, se están realizando esfuerzos para que las personas que deciden continuar con sus estudios a nivel de posgrado puedan realizar su trayectoria académica con menos presión económica.

El interés de ofrecer una mejor calidad provoca que los programas de posgrado, realicen un esfuerzo especial, en diversos aspectos, para tratar de obtener el reconocimiento del organismo principal gubernamental denominado Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), el cual a su vez brinda el reconocimiento del Programa para el Fortalecimiento del Posgrado Nacional (PFPN), y recientemente Programas Nacionales de Posgrados de Calidad (PNPC), el cual se otorga a los programas de posgrados que cubren con los requisitos correspondientes. Una vez que se logra el reconocimiento para el programa, se diferencian de otros programas, por que se reconocen como programas reconocidos por ser parte del Padrón Nacional de Posgrado (PNP); uno de sus principales logros es que se otorgan apoyos de manutención mensual a los estudiantes que cubren los requisitos para ser inscritos en ellos.

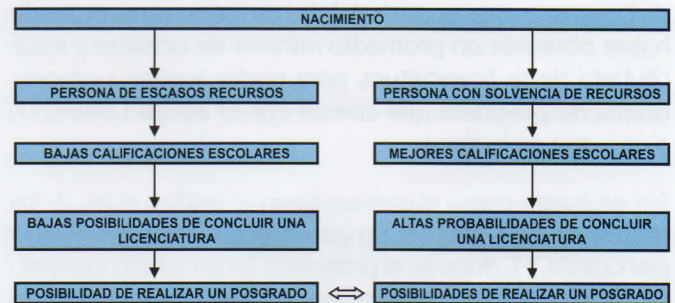
Estos requisitos pretenden seleccionar a los mejores candidatos con la visión de que si tienen buenos antecedentes de aprovechamiento escolar podrá con mayor facilidad concluir los estudios que pretenden. Pero esta posibilidad de concluir los estudios con un aprovechamiento escolar notable, está relacionado a la calidad de vida y al estatus económico en que se desenvuelve la persona desde su nacimiento. Es decir que al niño de condiciones humildes le costará un mayor esfuerzo, para manifestarse como alumno regular en un grupo donde tiene compañeros con mejor solvencia familiar.

Este esfuerzo de sobreponer sus condiciones iniciales de vida entre mexicanos, marcan su personalidad para todas las etapas de su vida, de tal forma, que cuando decide realizar un programa de posgrado, preferentemente buscará aquel programa que le permita una estabilidad económica, pero no necesariamente será la pauta económica, lo que permita que él tenga una mejor o distinta calidad de vida. Ya que si ha sido un niño pudiente desde su nacimiento, los estímulos económicos no harán efecto especial en él, cuando decida la rama de su posgrado.

Le interesará que el programa de posgrado sea preferentemente de reconocida calidad, pero más importante

para él será que lo que aprenda en ese nivel de estudios pueda aplicarlo directamente en la empresa en que labora, ya sea como trabajador o dueño de la misma, por lo que se pueden cumplir las siguientes condiciones que observamos en el siguiente gráfico:

Gráfico 1.- Condiciones de vida desde el nacimiento de una persona.



Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico núm. 1, observamos que una persona al lograr la edad adulta, tiene una alta posibilidad de realizar un posgrado, ya que superó la exclusión natural de las condiciones de vida con las que se produjo su nacimiento. Es decir de algún modo logró concluir una licenciatura y obtener el título correspondiente.

Los requisitos para ingresar a un programa de posgrado, según se señala en la Revista Encuentro, la cual es una publicación periódica del Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas (CUCEA), *“Como cada ciclo escolar, la Coordinación de Posgrado se prepara para hacer la promoción de sus programas para el ciclo escolar 2007 B, ... cada programa, cuenta con un estricto y riguroso proceso de selección, algunos requisitos de ingreso son: estar titulados, un promedio mínimo de 80 en sus estudios precedentes, lecto-comprensión del idioma inglés, realizar el examen CENEVAL¹ – EXANI II², entrevista con los miembros de la junta académica de cada programa, y los que marque la normativa vigente”*

No cumplir con el requisito del promedio o ser titulado lo deja fuera de la posibilidad de obtener una beca CONACYT así como de aspirar a ingresar en la Universidad de

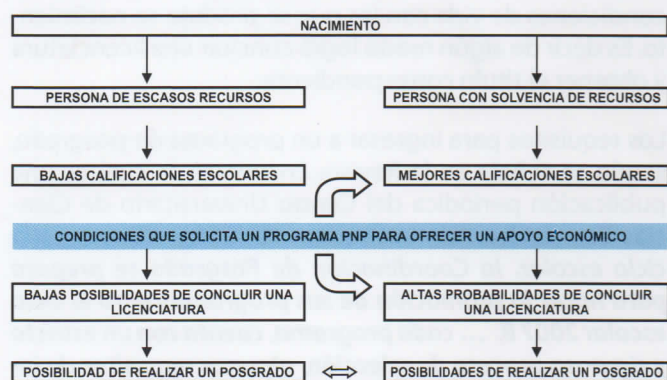
1 Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior
2 Examen Nacional de Ingreso a la Educación Superior

Guadalajara, quien a pesar de ser un organismo público que pretende apoyar a quienes menos tienen, debe de seguir una normativa estructurada buscando competir en calidad con los demás programas regionales y nacionales. Es decir la persona que por condiciones de su nacimiento tuvo una mayor necesidad en sus estudios de licenciatura y no logró un promedio de ochenta, escapa de toda posibilidad de ingresar a un programa de posgrado de la Universidad de Guadalajara.

La anterior situación coloca a los aspirantes en igualdad de circunstancias, es decir deberá de cubrir el requisito de haber obtenido un promedio mínimo de ochenta y estar titulado de su licenciatura, para poder aspirar a un programa de posgrado que cuente con el apoyo CONACYT, o uno que no lo tiene.

Sin embargo como observamos en el gráfico núm. 2, los requisitos para obtener un apoyo económico financiado por CONACYT, durante el programa de posgrado que pretenda cursar, presupone principalmente que el alumno haya superado la nota promedio de 80 ochenta en sus calificaciones de licenciatura o maestría, y que haya concluido con una licenciatura en la cual se haya titulado.

Gráfico 2.- Condiciones de vida desde el nacimiento de una persona y condiciones PNP.



Fuente: Elaboración propia.

Como observamos en el gráfico anterior, las becas otorgadas no benefician en la mayoría de veces, a las personas de bajos recursos quienes difícilmente logran competir; con las situaciones preferenciales de unas personas con mayor solvencia económica.

Considerando que la posibilidad de ingresar a un posgrado en la vida adulta, no se encuentra relacionado con las

condiciones de vida del nacimiento, supondremos entonces que quien ingresa a cursar de posgrado, no está influenciado por la percepción económica que pueda recibir en la realización del mismo, por lo que su calidad de vida y sus condiciones de salud, se mantendrán similar a como ingresó, negando la creencia popular de que un programa de posgrado, mejora la calidad de vida y más si se garantiza un ingreso fijo de apoyo de manutención.

II. METODOLOGÍA

Entre los diversos métodos que existen para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), utilizaremos el Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC), el cual a pesar de contar con un nombre que presupone una enfermedad, ha sido altamente validado para ser utilizado en personas sanas. El contar con un software programa, además del instrumento de medición, nos permite visualizar estadística y gráficamente las variaciones de las mediciones de la calidad de vida, en sus diversas escalas como son: Función Física, Bienestar Físico, Función Psicológica, Estado de Animo Positivo, Estado de Animo Negativo (la suma de ambos estados es igual al Bienestar Psicológico), Función Social y Bienestar Social.

Las condiciones económicas se ven reflejadas también en el tipo de salud que percibe un individuo, pero todo esto se encuentra inmerso en el sistema social en que se desenvuelve el individuo, así como lo señala la teoría de sistemas en el ámbito educativo.

Existen infinidad de autores que referencian la definición de Calidad de Vida, donde podemos observar que las palabras, bienestar, satisfacción, felicidad, calidad y vida, son utilizados para expresar las circunstancias que dan lugar a la Calidad de vida (Bobes, 1994). La Real Academia Española, define el término Bienestar como "Estado del que está bien, sin padecimiento, con salud, energías, etc. Estado pasajero en el que uno se encuentra bien y a gusto". Satisfacción es definido como "Estado de ánimo experimentado con lo que satisface". El término Felicidad se define como "Situación del ser para quien las circunstancias de la vida son tales como las desea. Estado de ánimo circunstancial del que consigue algo que contribuye a esa situación". Calidad es definido como "Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie". Por último el término Vida, es definido en una de sus múltiples acepciones como "Modo de vivir en lo tocante a la fortuna o desgracia de una persona, o a las comodidades o incomodidades con las que vive".



Así como también calidad de vida es ligado al concepto de Salud y Nivel de salud, incluso al concepto de felicidad. "Salud es aquel estado de la vida basado en un relativo equilibrio psíquico y unas funciones orgánicas intactas que permite a las personas llevar a cabo objetivos propios o ajenos por medio de sus propias acciones" (Dubós, 1969). El "Nivel de Salud de cada persona, es algo tan individual como la vida misma, dependiendo fundamentalmente del potencial genético heredado de los padres, de cómo se ha desarrollado su organismo según su capacidad de adaptación al ambiente, y cuáles han sido los riesgos y peligros con que se ha encontrado en el medio que le ha tocado en suerte vivir. Ahora bien, creemos que la salud no es sólo una mera norma fisiológica, por lo que el estado de salud correspondiente, es también una capacidad del individuo para proyectar su futuro y llevar adelante su programa vital" (Hernández-Mejía, Fernández-López, Rancaño-García, 1999).

Señala Bobes (1994), que Bech (1987) considera que el interés por la investigación en Calidad de Vida fue estimulado por Lyndon B. Jonson quien fue el Presidente de U.S.A. entre los años 1963 a 1969. En un mitin político realizado en el Madison Square Garden el 31 de Octubre de 1964, el presidente señaló "goals cannot be measured in the zise of our bank balance. They can only be masured in the quality of the lives that our people leads" haciendo referencia a que los objetivos políticos no debían ser medidos en términos económicos, sino en términos de calidad de vida o bienestar alcanzados por los ciudadanos. Sin embargo ya Galbraith (1958), había señalado la necesidad de medir los resultados del sistema de salud en términos de calidad de vida.

La actitud de aprendizaje en el individuo según Erich Fromm (1990), permite alcanzar una conciencia clara de la inagotable necesidad de aprender en la vida. Se aprende de cualquier experiencia que la vida nos pone, desde la más insignificante hasta la más trascendente. Es el conocimiento del conjunto de datos asimilados por las personas a través de su desarrollo y experiencia. La sabiduría es la capacidad de ser feliz a partir de lo que la vida nos enseña y el aprendizaje significativo ocasiona cambios en las actitudes y conductas de las personas. Los que están preparados para el cambio, tienen la capacidad de vivir y buscar nuevas experiencias, nuevos valores, nuevas actividades y estilos de vida, que sean congruentes con su forma de pensar y posibilidades.

Para Smith-Palliser (2002), la calidad de vida es un concepto que va más allá de lo físico pues implica la aplicación de valores y una nueva forma de pensamiento. Se requiere también de una búsqueda continua en la vida del individuo. Desde épocas anteriores los poetas y filósofos intentaron definir, explicar, analizar lo que verdaderamente hace feliz al hombre. Porque el sentido de la felicidad no solamente se diferencia en cada persona, sino que cambia en cada etapa y momento de la vida de los individuos. Un juguete, viajes, amor, juventud eterna, dinero, son elementos que el hombre ha perseguido a lo largo de la historia. Asimismo, todos contribuyen para alcanzar plenitud que llaman felicidad; sin embargo, ésta es solo un instante fugaz que justifica nuestra propia existencia. La calidad de vida es muy semejante a la felicidad, pero mucho más duradera, cuyo logro depende de cada uno. Algunos autores, entre ellos Marías (1995), señalan que la expectativa o pretensión de felicidad define el nivel al que se plantea la cuestión, desde el punto de vista personal, la tensión que tiene cada vida en ese orden. La felicidad que podemos realmente tener es muy variable y depende de las circunstancias, del azar, de mil cosas; pero cada uno de nosotros tiene un grado de tensión hacia la felicidad. Esto determina la actitud ante la vida y tiene un carácter no solo individual, sino también colectivo. Cada forma de sociedad hace posible en un grado propio de pretensión, y con ello el acceso real a la felicidad. Sobre todo, la posibilidad de intentarlo. Con respecto a la forma de lograrlo algunos escritores como Keyes (1992), nos dan a conocer una serie de actitudes que nos pueden proporcionar una mayor felicidad, en un lenguaje común con la similitud de quien realiza un alimento al alma, para ser feliz se requiere realizar tres recetas: "Receta 1. Pide lo que quieras, pero no lo exijas; Receta 2. Acepta todo lo que te sucede, al menos por ahora; Receta 3. Da rienda suelta a tu amor, incluso si no consigues lo que quieres. Utiliza las tres recetas tanto como sea necesario".

Sin embargo considera Cano (2002), que la calidad de vida debe ser un estado positivo, desde varios puntos de vista es lograr estar en plenitud y poder funcionar al cien por ciento. Físicamente, significa encontrarse en las mejores condiciones, sano, fuerte y con la resistencia necesaria para enfrentar las enfermedades y poder sobreponerse rápidamente a ellas. Desde el punto de vista intelectual es poder disfrutar de lo que hace uno, asumiendo las responsabilidades y combatiendo las presiones que generan tensión y estrés. Desde el punto de vista emocional es mantenerse en paz. La persona que mantiene su calidad de vida es un individuo que se siente bien, que

esta vigoroso y entusiasmado con la sonrisa de sentirse bien en todas sus dimensiones. El conocimiento de uno mismo se puede comprender como la conciencia que la persona tiene de sus necesidades reales de crecimiento y trascendencia. Por lo tanto mantener un nivel de energía suficiente, buena salud y el adecuado funcionamiento del organismo, garantizan al individuo su integración elemental del desarrollo físico, fisiológico, psicológico y espiritual. Una buena alimentación y un régimen ordenado de vida y trabajo pueden ser el complemento adecuado.

Como expresan Hernández y Calderón (2004), los sistemas de apreciación de la salud individual o colectiva tienden a considerar a cada persona como un órgano o una entidad independiente y reactiva sólo en sí misma. Todos los sistemas ignoran las influencias de la enfermedad o del tratamiento sobre el desarrollo de las actividades diarias con la familia, los amigos, los compañeros o la comunidad. Sin embargo, mantener o restablecer la normalidad en estos elementos es propósito fundamental de los cuidados médicos. Por ellos, son varias las razones por las cuales la medición de la calidad de vida es una actividad importante tanto en la investigación orientada a la clínica como en la política sanitaria. La Evaluación de la calidad de vida nos permite entre otros, ya que se considera un criterio más utilizado por los Médicos en la toma de decisiones; como un medio para reforzar el papel del paciente en su propio proceso terapéutico (medicina centrada en el paciente); como un criterio para la evaluación de los servicios sanitarios y como un criterio para la asignación de recursos. Sobre este último criterio, en un nivel más global, la medición de la calidad de vida, permite la identificación de necesidades de cuidados que de otra manera permanecerían sin identificar y articular, en particular de terapias psicosociales y de intervenciones médicas.

Los siguientes autores: Siegrist (1987); Testa, Anderson, Nackley y Hollenberg (1993) y Fernández-López, Siegrist, Hernández-Mejía, Broer y Cueto-Espinar (1997); indican que la calidad de vida comprende todo aquello que una persona pueda imaginar. A pesar de la relativa indefinición del término, existe un acuerdo entre los investigadores en cuanto a que el concepto ha de comprender, al menos, en lo relativo a los aspectos interrelacionados de la vida humana: físico, emocional y social. Se trata pues, de un constructo latente multidimensional, no observable directamente, que solamente puede deducirse de modo indirecto a través de indicadores.

Otra serie de autores, Bradburn (1969), Dalkey y Rourke (1973), Andrews y Whitney (1976), Shin y Jhonson (1978),

Bestuzhev (1980), Levi y Andresson (1980), Salomón (1980), Salía (1980), Najman y Levine (1981), Viney y Westbrook (1981), Horley (1984), Lawton (1984), Blanco-Abarca (1985), Van Dam (1986), Calman (1987), Jern (1987), McDowell y Newell (1987), Spitzer (1987), Torrance, (1987), Walter y Rosser (1987), Rapp (1988), Birdwood (1988), Chubon (1988), Goodinson y Singleton (1989), Colmes (1989), Baca (1990), Cuervo-Arango (1990), García (1991), Bobes (1991), García-Riaño e Ibáñez, (1992), y Ruiz-Ros (1992), han dado una definición de la calidad de vida, desde distintos puntos de vista.

La definición con la cual más identificamos nuestro estudio, es la señalada por Hernández-Mejía R, Fernández-López JA, Rancaño-García I y Cueto-Espinar A (2001), "La Calidad de Vida está estrechamente relacionada con la sensación de salud y podría definirse como la capacidad de hacer las cosas que uno desea y alcanzar aquello que uno quiere. En otras palabras, sería la capacidad de la persona de desempeñar un papel en la sociedad y de disfrutar plenamente de ese papel como ciudadano, sea cual fuere su situación social".

Para Frasure, Smith, Lesperance y Talajic (1993), en importantes investigaciones recientes en el campo de la medicina psicosocial y del comportamiento, se han demostrado los efectos adversos de una reducción de la calidad de vida sobre la salud cardiovascular. Especialmente sobre el riesgo de reestenosis después de un bypass coronario, aumentando el riesgo de reinfarto o de muerte cardiaca. No es éste el momento de extendernos más sobre estos extremos, sólo dar, a modo de ejemplo, el hecho de la depresión que sigue al infarto agudo de miocardio. Otros estudios recientes han documentado un incremento del doble al cuádruplo en la mortalidad de los pacientes deprimidos versus no deprimidos después de un infarto al miocardio agudo.

INSTRUMENTOS GENÉRICOS PARA MEDIR CVRS

Existen diversos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud, como lo señala Bobes (1994), por ejemplo el Karnofsky Performance Status (Karnofsky 1949); The general Health Questionnaire (Goldeberg, 1970); Four Single Item Indicators of Well-Being (Andrews, 1976); The Nottingham health profile (versión española de Alonso y cols, 1990); Listado de Calidad de Vida (Malm, May y Dencker, 1981); Escala de satisfacción con la vida (Baker e Intagliata, 1982); Cuestionario de



Calidad de Vida (Oregon de Bigelow y cols, 1982); Entrevista de Calidad de Vida (Lehman, 1988); GHQ Subescala for Quality of Life GHQ-Q/L (Bech, 1991); Cuestionario de Calidad de Vida (Ruiz y Baca 1991). Para citar algunos trabajos con los distintos cuestionarios para mediciones de calidad de vida sobre SF-36, podemos señalar (Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez, De la Fuente, 2006), o un estudio comparativo entre el SF-36, el PLC y el FLZ (Goldbeck y Schmitz, 2001).

ESTUDIOS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Tres son las ventajas generales de estudiar a este colectivo según lo señala Steptoe y Wardle (1996), en primer lugar son un grupo poblacional accesible y homogéneo que se puede identificar y acceder con facilidad. Los estudiantes universitarios son, en segundo lugar, un grupo relativamente sano y saludable. En tercer lugar, los estudiantes universitarios ocupan una posición significativa en la vida pública y en determinados casos, los estudiantes de las ciencias de la salud, constituyen un grupo ejemplar como modelo saludable desde el punto de vista sanitario.

Las ventajas de estudiar este colectivo conlleva como contrapartida una serie de limitaciones, siendo dos las principales: (a) Los estudiantes universitarios son un grupo de adultos jóvenes selectivos y privilegiados en cualquier país, por lo que no se debe esperar que constituya una población representativa como un todo. (b) los estudiantes de ciclos de formación superior suelen presentar un perfil más saludable y positivo de comportamiento de salud o de acciones relacionadas con la prevención de la enfermedad frente a otros grupos de adultos jóvenes.

Extractos tomados de la Investigación La Calidad de vida de los estudiantes de posgrado, (Sotomayor, 2002), muestra que el sentido de logro es uno de los motivadores más importantes que canalizan la energía física y emocional del ser humano para la consecución de sus objetivos. Se imprime un sello personal al trabajo y a la vida cuando se convierten en parte de lo elemental para trascender y una manera de ser muy auténtico.

Un individuo maduro tiene la capacidad de alcanzar cuatro aspectos básicos:

- a) El equilibrio con uno mismo, b) El equilibrio con la familia, c) El equilibrio con el trabajo, d) El equilibrio con el mundo.

El crecimiento en el ser humano debe ser integral tratando de alcanzar los siguientes espacios:

- a) Físico, b) Espiritual, c) Psicológico d) Influencia e intercambio, e) Conocimientos y Habilidades, f) Aprendizaje.

Se pueden considerar los aspectos siguientes para mejorar la calidad de vida de las personas:

- a) Desarrollo integral del individuo, b) Valores humanos, c) Identidad Cultural, d) Responsabilidad Social, e) Bienestar Ecológico.

La calidad de vida personal es una forma de vida que los individuos desean y se proponen, consiste en alcanzar un desarrollo integral de los aspectos físicos, mental, espiritual, económico y social, lo que permitirá un equilibrio de la persona con la sociedad.

Esquivel y Rojas (2004), en su investigación sobre Motivos de estudiantes de nuevo ingreso para estudiar un posgrado en educación señalan que Sánchez y Valdés (2003), mencionan tres grandes factores asociados con el desempeño del estudiante: 1) Los individuales, como el intelecto, los motivos, las emociones y los aspectos sociales; 2) Los factores asociados con la escuela, como el cuerpo docente, los programas etc., y 3) Los factores asociados con la familia, como son la posición socioeconómica, el nivel educativo de los padres, las expectativas de estos respecto de la educación de sus hijos, entre otros.

De igual manera, Esquivel (2002), en su modelo conceptual de los factores que influyen en el desempeño escolar, se refiere a los factores internos como aquellos atribuidos al mismo estudiante y que lo caracterizan o definen (su capital cultural, sus características físicas, morales, cognitivas, personales, su locus de control, su motivación, sus atribuciones causales, sus hábitos de estudio, etc.) y a los factores externos como los sistemas sociales es decir, la familia (tipo y tamaño, ambiente familiar, características demográficas, nivel educativo, social y económico de los padres y los valores familiares, entre otros), la escuela (tipo de escuela, condiciones físicas y ambientales, profesores, asignaturas, etc.), y otros sistemas sociales como la iglesia, el grupo de coetáneos y los medios de comunicación, que influyen en el comportamiento en la escuela.

Para Arredondo (2000), con respecto a la motivación de los estudiantes para inscribirse a un posgrado, menciona que su motivación principal es debida a la formación personal, la obtención de un grado académico, las mayo-

res posibilidades de empleo y de mejor remuneración y el prestigio de la institución. Tres de las motivaciones se pueden clasificar como extrínsecas y relacionadas con las necesidades de seguridad, reconocimiento y autorrealización. En ninguno de los casos se menciona la necesidad de conocimiento o de logro intelectual.

Menciona Soria (2000), que los motivos de la demanda de posgrado son entre otros la certificación, progreso en el escalafón, el aumento salarial (a los que considera como satisfactores humanos básicos), la carrera universitaria (Programa del Profesorado de Educación Superior por sus siglas, PROMEP y el programa específico de PROMEP; llamado SUPERA), los ascensos en la estructura de poder hacia la administración central, el desarrollo profesional, la oportunidad vocacional tardía, el desarrollo personal y el desempeño.

En la investigación realizada por Ramos y Esquivel (2002), sobre motivos hacia la carrera de Psicología de la Universidad de Colima, en México, realizada con mujeres solteras aspirantes a la Licenciatura en el ciclo escolar 2000-2001, se encontró que el motivo principal por el cual ingresan las estudiantes en la licenciatura es por autorrealización, es decir, por superación personal, seguido por motivos de seguridad, como obtener un trabajo y tener una mejor calidad de vida. En la investigación realizada por Esquivel y Arjona (2003), con estudiantes de nuevo ingreso en los posgrados, también se encontró que los motivos más importantes expresados por los estudiantes son de carácter intrínseco, tales como la autorrealización y el conocimiento.

El modo de vida y el nivel de vida son dos áreas que deben estar presentes en la calidad como ser humano.

Son tres puntos que el individuo debe buscar para alcanzar su destino o lugar en la vida: a) El autoconocimiento, b) El aprendizaje y c) Exigencia y disciplina. El autoconocimiento que se alcanza a través de la experiencia con una gran cantidad de vivencias, estableciendo relaciones interpersonales y grupales. El aprendizaje es la capacidad de experimentar, Interpretando el significado de la experiencia en la realidad de uno mismo, que nos permite enfocar nuevas metas con estrategias del conocimiento. La exigencia y la disciplina están condicionadas en base a los hábitos y las conductas del individuo. El entorno y el tiempo forjan actitudes que caracterizan a cada quien y también lo podemos definir como la libertad que tiene cada individuo para auto dirigir su camino propio.

El significado de universidad evoluciona y cambia. Desde las primeras definiciones, "comunidad y ayuntamiento de gentes y cosas" (Covarrubias, 1611, citado por Martín de Riquer, 1943), hasta otras más recientes como "institución en que se enseña al estudiante a ser un hombre culto y un buen profesional" (Ortega y Gasset, 1916, Ortega y Gasset, 1930, Ortega y Gasset, 1933).

Las universidades son, también, instituciones de vida cotidiana en los que las personas trabajan, se divierten, aprenden y viven. Además de satisfacer y cubrir el reto de formar profesionales y ciudadanos cultos capaces de configurar sociedades solidarias y de progreso, las universidades tienen un nuevo reto que afrontar; ser una entidad de vida que propicie comportamiento saludables y que redunde en la calidad de vida, no sólo del colectivo de los que viven y trabajan en la universidad sino de toda la sociedad en general. La idea no es nueva. Las instituciones de enseñanza superior se han comprometido desde hace tiempo en la promoción de la salud y del bienestar de los estudiantes (O'Donnell y Gray, 1993), (Peterken, 1996). Se propone que las universidades desde el modelo de promoción de la salud, pueden contribuir notablemente a la mejora y promoción de la salud y del bienestar de la población, ya que constituyen un marco idóneo de actividad laboral, social y cultural. La salud, desde una orientación salutogénica, también se crea y se vive en los contextos de la vida cotidiana de las personas (Antonovsky, 1996), (Raphael, Steinmetz, Renwick, Rootman, Brown, Sehdev, Phillips y Smith, 1999). El concepto, pues, de universidad promotora de salud no implica sólo sentar los medios que conduzcan a una educación para la salud y a la promoción de la salud de los trabajadores y estudiantes, sino que conlleva también a integrar la salud y el bienestar en la cultura universitaria, en los procesos, y en el sistema universitario (Tsouros, 1998), (Tsouros, 2000).

Como señala Boot y Ritchie (1998), las universidades deben de preocuparse y ocuparse en proporcionar un contexto de oportunidad para las actividades de promoción de salud y calidad de vida de sus trabajadores y estudiantes.

Las universidades pueden hacer muchas cosas para promover y proteger la salud de los estudiantes según nos señala Tsouros (1998) y Tsouros (2000), y del equipo universitario, para crear ambientes de vida, de aprendizaje, y de trabajo conducente a la salud; para proteger el ambiente y promover el desarrollo humano sostenible; para promover la salud de la comunidad, y ser un recurso para la salud de la comunidad.



El concepto de Universidad saludable y promotora de salud ha tenido dos eventos, de trabajo y discusión importantes: el primero de ellos en 1996 con la celebración en Lancaster de la Primera Conferencia Internacional sobre Universidades Promotoras de Salud (First International Conference on Health Promoting Universities), organizada conjuntamente por la Universidad de Lancaster y por la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa. Posteriormente se realizó un Encuentro de la Organización Mundial de la Salud en 1997, para sentar los criterios y estrategias de una nueva Red Europea de Universidades Promotoras de Salud (European Network of Health Promoting Universities) (Tsouros, 2000).

La idea básica del desafío que supone desarrollar e implementar estrategias de proyectos de universidades saludables y de calidad, reside en un especial compromiso, operacionalizado en dos metas generales y una serie de objetivos de acción (Boot y Ritchie, 1998). Las metas generales serían:

1- Integrar en la estructura, procesos y cultura universitaria, un compromiso de cara a la salud, así como desarrollar el potencial de la universidad como agente promotor de salud.

2- Promover la salud, el bienestar y la calidad de vida universitaria de los estudiantes, de los profesores, del personal de administración y servicios, y de la comunidad general.

Los objetivos de acción serían los siguientes:

-Desarrollar un concepto de universidad como lugar de trabajo saludable y de soporte.

Apoyar el desarrollo saludable, personal y social, de los estudiantes universitarios.

Crear ambientes promotores de salud y ambientes físicos que funcionen como recursos de apoyo.

Implementar el conocimiento, el compromiso y la comprensión entre departamentos y centros universitarios hacia una promoción de salud multidisciplinar.

Apoyar el concepto de promoción de salud sostenible (sustainable health), en la comunidad general.

Se defiende, por tanto, la tesis de que difícilmente la Universidad podrá atender y responder satisfactoriamente a estas demandas sociales, si no cuida a sus estudiantes,

profesores y demás personal, o descuida su ambiente físico y social. Solo una universidad que se cuida podrá prestar atención y servicio de calidad como agente cultural y social. Por ello, una de las metas consustanciales a los fines de las universidades actuales consiste en procurar una buena calidad de vida laboral entre el colectivo de los estudiantes y trabajadores de las mismas, así como el fomentar comportamientos y contextos saludables que favorezcan y estimulen el desarrollo y el logro de los fines de la Universidad.

Se han realizado proyectos de promoción de la salud en centros educativos (Health promoting school), y hospitales (Health promoting Hospital), World Health Organization (WHO, 1996a, WHO, 1996b). Además de los propiamente universitarios, al objeto de cumplir con la meta 14 de los objetivos para la promoción de la salud "En el año 2000, todos los sitios de actividad y de vida social como la ciudad, la escuela, el lugar de trabajo, el vecindario, o el hogar, deben procurar y proveer mayores oportunidades para la promoción de la salud"

Las políticas de salud recientes, y el modelo de salud pública concretamente, han evolucionado a la largo del presente siglo desde un marcado énfasis ambientalista, con localidad geográfica y acusado pensamiento mecanicista, hacia un acercamiento caracterizado por un pensamiento ecológico, focalizado en los contextos y preocupado por los aspectos no sólo de salud sino también por la calidad de vida y los contextos saludables (Ashton, 1998). Se entiende por contexto el ambiente o hábitat en el que la gente vive y trabaja. Este nuevo movimiento de salud pública se ha desarrollado a partir de tres iniciativas de la Organización Mundial para la Salud:

1-La Declaración de Alma Ata de 1977, en la que se acentuó la importancia de la atención primaria integrando la salud pública, las características ambientales y la población.

2- La Estrategia de Salud para Todos en el año 2000, en la que se hacía énfasis en la equidad, la participación pública, la colaboración intersectorial, y la necesidad de reorientar los sistemas y servicios de salud.

3- La Carta de Ottawa para la promoción de la salud de 1986, focalizada en la búsqueda de ambientes de oportunidad y sistemas públicos que apoyaran el desarrollo de la salud. Este cambio conceptual y metodológico, desde

un pensamiento vertical hacia uno horizontal donde los enlaces y relaciones se hacen explícitos, ha posibilitado una salud pública de contexto ecológico dirigida a hogares, escuelas, lugares de trabajo, hospitales, cárceles y otros tipos de ambiente.

Quintanilla (1998), ha escrito que las universidades actuales "deben asumir el reto de la calidad, es decir la responsabilidad de demostrar que son capaces de hacer las cosas bien y de satisfacer las demandas de la sociedad con el máximo nivel de calidad y de eficiencia.

En una Investigación realizada a Estudiantes Universitarios en México (Dueñas, Lara, Zamora, Salinas, 2006), se llegó a lo siguiente: Concluimos que al evaluar calidad de vida, son múltiples los factores que debemos de tomar en cuenta, en cuanto al concepto del sujeto, el medio en el que ha sido educado y la jerarquización que le otorgue el sujeto a estas variables. Debemos de tener en cuenta que muchas veces los sujetos al tener cubiertas sus necesidades básicas, tienen en mente otras actividades o prioridades, lo que modifica de manera amplia estas variables. Sin embargo un porcentaje mínimo fue el que tomó en cuenta el estado de salud de los sujetos. Dentro de las principales variables que los sujetos mencionan como denominadores de calidad de vida tenemos: Estabilidad familiar, estabilidad social, estabilidad económica, tener resueltas sus necesidades básicas, realización personal y estado de ánimo. De la discusión ellos concluyeron, que la Calidad de vida es un término que se ha empleado por los profesionales de la salud para medir el impacto social de una enfermedad, por lo que es un sesgo médico pensar que el término calidad de vida es sinónimo de salud.

La calidad de vida es un concepto complejo en el contexto de definirlo o poderlo explicar, la mayoría de los sujetos tienen diversos conceptos propios, los cuales los ha formado a partir de su propio entorno familiar, social, cultural y económico. En el caso de los profesionales del área de la salud el concepto se torna trivial y se refiere principalmente al estado de salud físico o mental de los sujetos que el trata e inclusive de él mismo, como para un oncólogo sería la de aliviar el dolor del paciente, de ahí la constelación de los múltiples artículos publicados en los cuales se mide la calidad de vida de los sujetos que padecen una determinada patología y que sin embargo no existen estudios en nuestro país acerca de medir de la calidad de vida de los sujetos sanos e inclusive del concepto del propio sujeto con respecto a esto.

La medición de la calidad de vida se utiliza para medir resultados de los riesgos y beneficios de la actividad médi-

ca, sin medir aspectos del paciente que impactan la evolución de la enfermedad pero sin tomar en cuenta en esta medición que es lo que el paciente entiende por calidad de vida.

Por lo que es importante realizar estudios sobre lo que la gente entiende y como califica su Calidad de Vida sin importar si existe o no una variable que modifique su respuesta sobre dicha calificación.

Objetivo General:

Realizar un análisis comparativo del impacto y variaciones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), de los alumnos que reciben un apoyo PNP³ con alumnos que no lo reciben durante su primer semestre de posgrado.

Población: Estudiantes de seis programas de posgrados del CUCEA, calendario escolar 2007 "B".

Tabla 1.- Género de la población de los admitidos a tres programas PNP con porcentaje proporcional.

Algunos de los programas del ciclo escolar 07 B con apoyo PNP	Estimado Promedio de Edad	Género				
		MUJER	Porcentaje	HOMBRE	Porcentaje	
Maestrías	Admitidos					
Maestría en Economía	18	25.1	9	50.00%	9	50.00%
Maestría en Gestión y Políticas de la Educación Superior	11	26.1	7	63.64%	4	36.36%
Maestría en Tecnologías para el Aprendizaje	20	30.6	15	75.00%	5	25.00%
TOTAL Programas PNP	49	27.27	31	63.27%	18	36.73%

Fuente: Elaboración propia con datos de la muestra

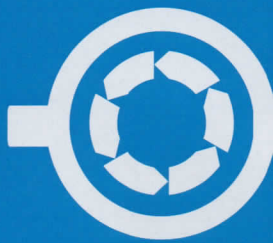
Desglose de información de las tres maestrías reconocidas por el CONACYT que corresponden al PNP

Tabla 2.- Género de la población de los admitidos a tres programas que no tienen apoyo PNP y su porcentaje proporcional.

Algunos de los programas del ciclo escolar 07 B (No pertenecen a PNP)	Estimado Promedio de Edad	Género				
		MUJER	Porcentaje	HOMBRE	Porcentaje	
Maestrías	Admitidos					
Maestría en Análisis Tributario	25	33.3	15	60.00%	10	40.00%
Maestría en Dirección de Mercadotecnia	12	31.6	8	66.67%	4	33.33%
Maestría en Finanzas Empresariales	24	31.5	12	50.00%	12	50.00%
TOTAL Programas no PNP	61	32.1	35	58.89%	26	41.11%

Fuente: Elaboración propia con datos de la muestra

3 PNP: Programa que pertenece al Padrón Nacional de Posgrado, que cumple los lineamientos del Organismo gubernamental de México Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT),



Desglose de información de las tres maestrías no reconocidas por el CONACYT

Hipotesis:

H⁰: Los alumnos que perciben un estímulo económico mensual, en sus estudios a nivel de posgrado, tienen durante el transcurso de sus estudios, una mejor calidad de vida relacionada con la salud, que aquellos alumnos que no cuentan con este apoyo.

H¹: Los alumnos que estudian a nivel de posgrado, durante el transcurso de sus estudios mantienen una similar calidad de vida relacionada con su salud, independientemente de que reciban o no estímulos económicos (Estudio a realizar en el primer semestre).

Tabla 3-. Aplicación de T de Student y comparativo entre las mediciones de CVRS

Comparativo de la Medición 1 y 2									
Paired Samples Test									
		Diferencia					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Escala 1_1 (FF) - Escala 2_1 (FF)	,23722	,73421	,07739	,08344	,39100	3,065	89	,003
Pair 2	Escala 1_2 (FS) - Escala 2_2 (FS)	,00333	,66166	,06975	-,13525	,14192	,048	89	,962
Pair 3	Escala 1_3 (AP) - Escala 2_3 (AP)	,16667	,81185	,08558	-,00337	,33671	1,948	89	,055
Pair 4	Escala 1_4 (AN) - Escala 2_4 (AN)	,19911	,66110	,06969	,06065	,33758	2,857	89	,005
Pair 5	Escala 1_5 (FS) - Escala 2_5 (FS)	,04644	,71293	,07515	-,10288	,19577	,618	89	,538
Pair 6	Escala 1_6 (BS) - Escala 2_6 (BS)	-,19556	,99345	,10472	-,01252	,40363	1,867	89	,065

Comparativo de la Medición 1 y 3									
Paired Samples Test									
		Diferencia					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Escala 1_1 (FF) - Escala 3_1 (FF)	-,23443	,68418	,07698	,08118	,38768	3,045	78	,003
Pair 2	Escala 1_2 (FS) - Escala 3_2 (FS)	,06253	,69340	,07801	-,09278	,21784	,802	78	,425
Pair 3	Escala 1_3 (AP) - Escala 3_3 (AP)	,06582	,80748	,09085	-,11504	,24669	,725	78	,471
Pair 4	Escala 1_4 (AN) - Escala 3_4 (AN)	,12886	,76702	,08630	-,04294	,30066	1,493	78	,139
Pair 5	Escala 1_5 (FS) - Escala 3_5 (FS)	,13532	,86914	,09779	-,05936	,32999	1,384	78	,170
Pair 6	Escala 1_6 (BS) - Escala 3_6 (BS)	-,23797	,100,617	,11320	,01260	,46335	2,102	78	,039

Comparativo de la Medición 2 y 3									
Paired Samples Test									
		Diferencia					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Escala 2_1 (FF) - Escala 3_1 (FF)	,05747	,78340	,08814	-,11800	,23294	,652	78	,516
Pair 2	Escala 2_2 (FS) - Escala 3_2 (FS)	,08709	,63559	,07151	-,05528	,22945	1,218	78	,227
Pair 3	Escala 2_3 (AP) - Escala 3_3 (AP)	-,02025	,85671	,09639	-,21214	,17164	-,210	78	,834
Pair 4	Escala 2_4 (AN) - Escala 3_4 (AN)	,00975	,71139	,08004	-,14959	,16909	,122	78	,903
Pair 5	Escala 2_5 (FS) - Escala 3_5 (FS)	,12899	,78817	,08868	-,04755	,30553	1,455	78	,150
Pair 6	Escala 2_6 (BS) - Escala 3_6 (BS)	,11136	,93136	,10479	-,09722	,32001	1,063	78	,291

Como observamos en las siguientes graficas en el análisis independiente de las tres mediciones (t de Student), solo hay diferencias significativas en la primera medición. Al analizar las mediciones apareadas (t Test-Pairs), a lo largo del tiempo nos encontramos que la Calidad de Vida disminuye según avanza el curso, no siendo estadísticamente significativas, más bien similares para ambos grupos, Sí PNP y No PNP.

Tabla de contingencia Maestría a que pertenece * Padrón Nacional de Posgrado

Recuento		Padrón Nacional de Posgrado		Total
		Si PNP	No PNP	
Maestría a que pertenece	MEC07B	18	0	18
	MGP07B	10	0	10
	MTA07B	20	0	20
	MAN07B	0	23	23
	MKD07B	0	12	12
	MFE07B	0	22	22
Total		48	57	105

Tabla 4-. Prueba T Independiente – Primera medición: Si PNP versus No PNP

Estadísticos de grupo					
	Padrón Nacional de Posgrado	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Escala de bienestar físico 1	Si PNP	47	3,7845	,27750	,04048
	No PNP	50	3,8238	,21424	,03030
Escala de función física 1	Si PNP	47	3,2183	,57877	,08442
	No PNP	50	2,7752	,51552	,07290
Escala de función psíquica 1	Si PNP	47	3,1362	,53752	,07840
	No PNP	50	2,6806	,52505	,07425
Estado de ánimo positivo 1	Si PNP	47	2,7532	,70057	,10219
	No PNP	50	2,3560	,57469	,08127
Estado de ánimo negativo 1	Si PNP	47	3,0874	,56837	,08290
	No PNP	50	2,8478	,66559	,09413
Escala de función social 1	Si PNP	47	2,9857	,63226	,09222
	No PNP	50	2,4402	,65047	,09199
Escala de bienestar social 1	Si PNP	47	3,2170	,76764	,11197
	No PNP	50	2,9440	,79184	,11198

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Escala de bienestar físico 2	Se han asumido varianzas iguales	1,619	,206	,823	94	,413	,0578	,07025	-,08168	,19729
	No se han asumido varianzas iguales			,836	92,495	,405	,0578	,06914	-,07951	,19511
Escala de función física 2	Se han asumido varianzas iguales	1,322	,253	1,142	94	,256	,1556	,13623	-,11490	,42607
	No se han asumido varianzas iguales			1,118	79,844	,267	,1556	,13921	-,12146	,43262
Escala de función psíquica 2	Se han asumido varianzas iguales	,062	,804	2,756	94	,007	,3562	,12925	,09960	,61288
	No se han asumido varianzas iguales			2,759	88,607	,007	,3562	,12912	,09966	,61282
Estado de ánimo positivo 2	Se han asumido varianzas iguales	,199	,656	1,674	94	,097	,2720	,16244	-,05057	,59448
	No se han asumido varianzas iguales			1,661	85,350	,100	,2720	,16377	-,05364	,59756
Estado de ánimo negativo 2	Se han asumido varianzas iguales	2,714	,103	1,513	94	,134	,2060	,13614	-,06427	,47633
	No se han asumido varianzas iguales			1,554	93,852	,123	,2060	,13256	-,05717	,46923
Escala de función social 2	Se han asumido varianzas iguales	,029	,865	1,846	94	,068	,2913	,15780	-,02204	,60458
	No se han asumido varianzas iguales			1,863	91,024	,066	,2913	,15633	-,01926	,60180
Escala de bienestar social 2	Se han asumido varianzas iguales	,222	,639	1,359	94	,177	,2423	,17826	-,11162	,59628
	No se han asumido varianzas iguales			1,362	88,978	,177	,2423	,17788	-,11111	,59576

Tabla 5.- Pruebas de muestras independientes, segunda medición, aplicación de la Prueba de Levene y T de Student.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Escala de bienestar físico 1	Se han asumido varianzas iguales	1,418	,237	-,784	95	,435	-,0393	,05016	-,13892	,06025
	No se han asumido varianzas iguales			-,778	86,496	,439	-,0393	,05056	-,13983	,06117
Escala de función física 1	Se han asumido varianzas iguales	,185	,668	3,987	95	,000	,4431	,11114	,22245	,66375
	No se han asumido varianzas iguales			3,972	92,104	,000	,4431	,11155	,22156	,66463
Escala de función psíquica 1	Se han asumido varianzas iguales	,030	,862	4,222	95	,000	,4556	,10791	,24135	,66979
	No se han asumido varianzas iguales			4,219	94,303	,000	,4556	,10799	,24117	,66997
Estado de ánimo positivo 1	Se han asumido varianzas iguales	,744	,391	3,061	95	,003	,3972	,12977	,13956	,65482
	No se han asumido varianzas iguales			3,042	89,123	,003	,3972	,13057	,13776	,65682
Estado de ánimo negativo 1	Se han asumido varianzas iguales	,659	,419	1,901	95	,060	,2396	,12605	-,01059	,48988
	No se han asumido varianzas iguales			1,911	94,155	,059	,2396	,12543	-,00940	,48869
Escala de función social 1	Se han asumido varianzas iguales	,028	,867	4,184	95	,000	,5455	,13038	,28672	,80437
	No se han asumido varianzas iguales			4,188	94,889	,000	,5455	,13026	,28694	,80415
Escala de bienestar social 1	Se han asumido varianzas iguales	,790	,376	1,722	95	,088	,2730	,15851	-,04167	,58771
	No se han asumido varianzas iguales			1,724	94,906	,088	,2730	,15836	-,04137	,58741

Tabla 6.- Pruebas de muestras independientes, primera medición, aplicación de la Prueba de Levene y T de Student.



Estadísticos de grupo

	Padrón Nacional de Posgrado	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Escala de bienestar físico 2	Si PNP	42	3,7943	,31666	,04886
	No PNP	54	3,7365	,35948	,04892
Escala de función física 2	Si PNP	42	2,8510	,72454	,11180
	No PNP	54	2,6954	,60952	,08295
Escala de función psíquica 2	Si PNP	42	3,1064	,62539	,09650
	No PNP	54	2,7502	,63046	,08579
Estado de ánimo positivo 2	Si PNP	42	2,5905	,81803	,12622
	No PNP	54	2,3185	,76678	,10435
Estado de ánimo negativo 2	Si PNP	42	2,9305	,58000	,08950
	No PNP	54	2,7244	,71856	,09778
Escala de función social 2	Si PNP	42	2,8374	,73467	,11336
	No PNP	54	2,5461	,79105	,10765
Escala de bienestar social 2	Si PNP	42	3,0571	,85800	,13239
	No PNP	54	2,8148	,87295	,11879

Tabla 7. Prueba T Independiente – Segunda medición: Si PNP versus No PNP

Estadísticos de grupo

	Padrón Nacional de Posgrado	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Escala de bienestar físico 3	Si PNP	41	3,7695	,30375	,04744
	No PNP	41	3,8459	,22272	,03478
Escala de función física 3	Si PNP	41	2,7710	,73184	,11429
	No PNP	41	2,7310	,61773	,09647
Escala de función psíquica 3	Si PNP	41	2,8710	,73297	,11447
	No PNP	41	2,8163	,71865	,11223
Estado de ánimo positivo 3	Si PNP	41	2,4878	,78873	,12318
	No PNP	41	2,4927	,61822	,09655
Estado de ánimo negativo 3	Si PNP	41	2,8039	,77093	,12040
	No PNP	41	2,8951	,74783	,11679
Escala de función social 3	Si PNP	41	2,6585	,98299	,15352
	No PNP	41	2,4588	,80673	,12599
Escala de bienestar social 3	Si PNP	41	2,9366	,87114	,13605
	No PNP	41	2,8293	,86552	,13517

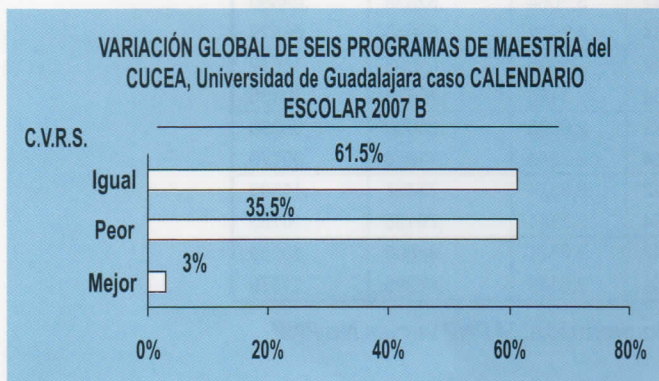
Tabla 8.- Prueba T Independiente – Tercera medición: Si PNP versus No PNP

PNP Suma de resultados		No PNP Suma de Resultados	
Mejor	,1	Mejor	,5
Peor	,38	Peor	,33
Igual	,61	Igual	,62

Unificando		
Mejor	,1 + ,5 / 2	3.0%
Peor	,38 + ,33 / 2	35.5%
Igual	,61 + ,62 / 2	61.5%

Realizamos la unificación de los resultados señalados en la siguientes tabla, calculamos los porcentajes por la similitud de los resultados de ambos grupos de programas de posgrado y conformamos el grafico número 3 para simplificar los resultados obtenidos.

Grafico 3.-. Variación global de la calidad de vida relacionada con la salud de los alumnos de los seis programas de posgrados estudiados en el calendario escolar 2007 B. Después del primer semestre de que iniciaron las clases en sus programas de posgrados.



Con esta investigación se confirma la hipótesis alternativa planteada en esta investigación por lo que se pone en duda la hipótesis nula.

III. DISCUSIÓN CVRS

El otorgamiento de becas es justificado en la mayoría de programas de posgrado, institucionales o gubernamentales, como un indicador de mejora de la calidad de vida. Si así fuera entonces ¿les empeora la calidad de vida a quien no las obtienen?

(Banco Mundial, 2000), La educación puede mejorar significativamente la calidad de vida, beneficia a la gente, la sociedad y el mundo en general. La educación es esencial para el desarrollo porque dota de medios a la gente, refuerza las naciones y es clave para obtener los Objetivos de desarrollo del milenio.

La educación puede mejorar significativamente la calidad de vida, pero es independiente a recibir una beca o no. Además de que no precisan esa estimación en tiempo, por lo que no señalan cuando sucederá esto. Dejando la ambigüedad a que pueda suceder por la situación natural de que una persona mejor preparada académicamente a lo largo de la vida, puede aspirar a una mejor calidad de vida en todos los aspectos.

Pero creemos que se confunde el argumento de Mejor Calidad de Vida, asociado con mejor Nivel de vida que no es lo mismo.

El nivel de vida, significa que la gente pueda satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, vivienda, trabajo, servicios de salud, educación y seguridad; en el ámbito económico, es la estimación de la cantidad de riqueza y de la prosperidad de la población de un país. Por lo general se estima el nivel de vida en función de bienes materiales, de los ingresos obtenidos y los bienes de consumo que se pueden adquirir con aquéllos, pero no se tiene en cuenta, por ejemplo, la contaminación atmosférica, que sí se estima al analizar la 'calidad de vida'. Existen numerosos métodos para estimar y comparar el nivel de vida de un país con el de otro, pero ninguno de estos métodos tiene en cuenta conceptos como 'felicidad personal'.

De acuerdo a lo señalado por (Smith-Palliser, 2002), La calidad de vida es un concepto que va más allá de lo físico pues implica la aplicación de valores y una nueva forma de pensamiento. (Testa, Anderson, Nackley, Hollenberg, 1993), (Fernández-López, Siegrist, Hernández-Mejía, Broer y Cueto-Espinar, 1997), (Siegrist, 1987), Se ha dicho que calidad de vida comprende todo aquello que una persona pueda imaginar. A pesar de la relativa indefinición del término existe un acuerdo entre los investigadores en cuanto a que el concepto ha de comprender, al menos, lo relativo a los aspectos interrelacionados de la vida humana: físico, emocional y lo social. Se trata entonces, de un constructor latente multidimensional, no observable directamente, que solamente puede deducirse de modo indirecto a través de indicadores.

(Hernández-Mejía, Fernández-López, Rancaño-García, Cueto-Espinar, 2001), La Calidad de Vida está estrechamente relacionada con la sensación de salud y podría definirse como la capacidad de hacer las cosas que uno desea y alcanzar aquello que uno quiere. En otras palabras, sería la capacidad de la persona de desempeñar un papel en la sociedad y de disfrutar plenamente de ese papel como ciudadano, sea cual fuere su situación social".

Son varios los estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud realizado en estudiantes universitarios, sin embargo, son pocos los que han sido específicos en el nivel posgrado. Algunos de los más parecidos han investigado en conjunto alumnos de licenciatura y posgrado, esto debido a que son estudios para Universidades, otros han sido específicos de alguna licenciatura como por



ejemplo alumnos de Enfermería o solo énfasis en cuestiones psicológicas o sociales.

Con respecto a estudios similares de calidad de vida en alumnos de posgrado, el interés ha sido distinto al señalar las aproximaciones de calidad de vida, y no han sido comparativos con becas económicas, por lo que es conveniente se realicen más investigaciones similares en un futuro.

El interés principal de esta investigación es señalar la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, cuando ingresa el alumno a un programa de posgrado y visualizar sus modificaciones por lo pronto durante el primer semestre; que es cuando se integra (comúnmente en México), varios años después de que concluyo la licenciatura; y de cuando percibe o no su beca económica (comparativo entre programas).

Como se señala en el contexto de la teoría de sistemas de (Von, 1974), no se busca solucionar problemas o intentar soluciones prácticas, pero sí producir teorías y formulaciones conceptuales que pueden crear condiciones de aplicación en la realidad empírica. (Arnold y Osorio, 1991), La TGS, se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias.

En tanto el paradigma científico, la TGS se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen. En tanto práctica, la TGS ofrece un ambiente adecuado para la interrelación y comunicación fecunda entre especialistas y especialidades. (Arnold y Rodríguez, 1990a). En sus distinciones conceptuales no hay explicaciones o relaciones con contenidos preestablecidos, pero sí con arreglo a ellas podemos dirigir nuestra observación, haciéndola operar en contextos reconocibles.

Los objetivos originales de la Teoría General de Sistemas son los siguientes a) Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos b) Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos y, por último, c) Promover una formalización (matemática) de estas leyes.

Para el caso de nuestra investigación señalamos una hipótesis alternativa que indica que no necesariamente

mejora la calidad de vida, de las personas que perciben una beca económica por que no es un factor influyente en la determinación de volver a realizar estudios de posgrado.

Consideramos que cuando una persona decide ingresar al nivel posgrado, lo realiza por que sus condicionantes externos e internos al individuo así lo indican, y quizás por vez primera lo realiza por que determina lo que visualiza es mejor para él, incluyendo sus necesidades laborales. Es decir, una persona que realiza un posgrado buscará la rama que le satisface más, independiente de que en ese posgrado le ofrezcan beca o no. Esta aseveración se comprueba en esta tesis, debido a que los alumnos tuvieron la posibilidad de estudiar un programa que los pudiera becar, ya que los requisitos de ingreso y de promedio, son similares.

Nos identificamos también con McDowell y Newell (1987), en el término "Calidad de Vida Relacionada con la Salud" (CVRS), nos referimos de manera resumida, a la capacidad de actuación (funcionalismo), y a la sensación de bienestar, llamadas por algunos autores salud subjetiva. Y con Hernández-Mejía R, Fernández-López JA y Rancaño-García I (1999). La CVRS, en inglés Health Related Quality of Life (HRQL), comprende un resumen de características que tiene que ver con el "Bienestar" y con las "Capacidades de Actuación" del individuo en las tres dimensiones esenciales de la vida: la física, la emocional y la social. Aquí vemos por un lado que el paciente tiene la oportunidad de expresarse, y por otro, el médico de tomarlo en cuenta. La evaluación de la CVRS en este contexto supone una innovación sustancial sobre los procesos tradicionales, ya que considera la valoración del propio enfermo. Ya no es sólo el médico quién dice lo que está bien y lo que no. Esta oportunidad que se le brinda al paciente debe ser aprovechada por el médico como una porción de realidad claramente irrenunciable. Realmente, no sólo cuando existe una alteración orgánica uno se siente enfermo, también puede ser al contrario. De hecho muy frecuentemente encontramos que el paciente se siente "peor", cuando los parámetros biomédicos han resultado normales. Muchas veces se podría decir: "la intervención ha sido un éxito", sin embargo, el paciente se siente "más muerto que vivo".

De acuerdo a como señalan Ferrer, Cabrero, I. Ferrer y Richard (2001), se han llevado a cabo algunos estudios para conocer el estado de salud y los comportamientos de salud de colectivos de estudiantes universitarios por ejemplo: Allgöwer, Stock y Krämer (2000); Barandiaran y

Guerra (1998); Caruana, Martínez, Reig y Merino (1999); Castro y Sánchez (2000); Engelmann, Krupka y Verter (1993); Krämer y Stock (1998); Krämer, Stock y Allgöwer (1997); Sobhan-Sarbani, Stock, Krämer (2000); Lameiras y Frailde (1997); Lemos y Fidalgo (1993); Reig y Prüfer (1999); Seva (1994); Steptoe y Wardle (1996); Sobhan-Sarbandi, Stock y Krämer (2000); Stock, Allgöwer, Prüfer-Krämer y Krämer (1997); Vizcaya, Fuentes y Fernández (1997), coincidimos en que todos ellos, sin embargo, se han basado en muestras disponibles o incidentales de estudiantes universitarios, lo que genera problemas serios a la hora de la generalización de los resultados obtenidos.

IV. CONCLUSIONES

Primera. Al realizar un análisis comparativo de las variaciones de la CVRS de los alumnos de seis programas de posgrado del CUCEA en el calendario escolar 2007 B, (tres PNP y tres No PNP), se rechaza la hipótesis nula (H^0) aceptando la hipótesis alternativa ($H1$), al no observar resultados significativos que señalen que los alumnos que perciben becas (PNP) tengan una mejor CVRS en relación a los que no la perciben (No PNP).

Segunda. Los alumnos que ingresaron a la Maestría en Tecnologías para el Aprendizaje (MTA), programa PNP del CUCEA, tienen mejor CVRS que los estudiantes de los otros cinco programas de posgrado.

Tercera. La comparación de la CVRS entre el PECVEC y la metodología aplicada en la Universidad del Valle de México, (instrumento que mide la motivación y los tiempos empleados para diversas actividades) demuestra que este es un instrumento que nos permite visualizar otras características de los integrantes de cada maestría. Ahora bien, sus resultados no permiten realizar comparaciones entre los posgrados que sean ajenos a una mayor o menor incidencia en cada uno de ellos.

Cuarta. La comparación de las tres mediciones de la CVRS entre los alumnos estudiados, demuestran que durante el transcurso de sus estudios mantienen una similar calidad de vida relacionada con la salud, independiente de que reciban o no estímulos económicos.

V. REFERENCIAS

- ANDREWS FM, WHITNEY SB. (1976), Social Indicators of Well-Being. New York: Plenum Press.
- ALLGÖWER A, STOCK C, Y KRÄ+MER A. (2000). ¿Wie gesund leben Studierende? En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Verlag: 105-114.
- ALONSO JORDI, REGIDOR ENRIQUE, BARRIO GREGORIO, PRIETO LUIS, RODRÍGUEZ CARMEN, DE LA FUENTE LUIS. (2006), Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM), Barcelona. Subdirección General de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/Vol111/m1111103.pdf> fecha de consulta 21 de Diciembre de 2007.
- ANTONOVSKY A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 11: 11-18.
- ARREDONDO G. (2000), La eficiencia de los Posgrados en Educación. Una perspectiva comparativa de los procesos de graduación en Moreno, B. Soria, N. Garibay, B. Sánchez, P. Arredondo, G. Sánchez. E y Díaz, B (2000). Problemática de los Posgrado en Educación en México: Hacia la consolidación en el siglo XXI. Universidad Autónoma del Carmen. Cuadernos de Investigación 5
- ARNOLD M & D. RODRÍGUEZ. (1990a), El Pessimismo en la Teoría Sociológica. Revista Estudios Sociales (CPU). Santiago. Chile. N° 64.
- ARNOLD M & D. RODRÍGUEZ. (1990b), Crisis y Cambios en la Ciencia Social Contemporánea. Revista de Estudios Sociales (CPU). Santiago. Chile. N° 65.
- ARNOLD MARCELO, OSORIO FRANCISCO. (1991), Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas Marcelo Arnold, Ph.D. y Francisco Osorio, M.A. Departamento de Antropología. Universidad de Chile bajo el proyecto de investigación SPITZE <http://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.htm> fecha de consulta 01/11/2007.
- ASHTON J. (1998). The historical shift in public health. En: : Tsouros, A.G., Dowding G, Thompson J. & Dooris M. (Eds.), (1998). Health Promoting Universities.



Concept, experience and framework for action. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe: 5-9.

- BAKER F, INTAGLIATA J. (1982), Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems. *Evaluation and Program Planning*, 5:69-79
- BANCO MUNDIAL, 2000 <http://youthink.worldbank.org/es/issues/education/> fecha de consulta 16 de Enero de 2008.
- BARANDIARAN A, Y GUERRA J. (1998). Un estudio sobre hábitos de conducta y salud mental en universitarios vascos. *Psiquis*, 19: 389-396.
- BECH P. (1987), Quality of Life Psychosomatic Research. A psychometric Model, *Psychopathology*, 20: 169-179,
- BECH P. (1991/II), Health-Related Quality of Life: Psychometric Validity (Manuscrito). PB/gb-a. Junio
- BERGNER M. (1976), The Sickness Impact Profile: Conceptual Formulation and Methodology of the Development of a Health Status Measure. *Int J. Health Serv*, 6:393-415
- BESTUZHEV LADA I. (1980). "Way of Life and related Concepts as Part of a System of Social Indicators". In Szalai A. and Andrews F.M. (Eds.), *The Quality of Life*. Sage Studies in International Sociology: 159-170
- BRENLLA J. (1990), Estudio de la salud mental de los alumnos de Enfermería del Distrito Universitario Gallego. Tesis doctoral. Santiago de Compostela
- BIGELOW DA, BODSKY G, STEWARD L. (1982), The Concept and Measurement of Quality of Life as a Dependent Variable in Evaluation of Mental Health Services. En: GJ. Stahler, WR. Tassh (Eds), *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*. New York; Academia Press.
- BOBES J. (1991), Salud Mental y Calidad de Vida en Estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de Oviedo. *INTUS*. Córdoba 3(2) 43-66, 1991.
- BOBES J. (1994), Calidad de Vida y Oviedo Pentalfa Ediciones Oviedo Prólogo de Gustavo Bueno, pp 77:131; 114:117.
- BOOTH B. & RITCHIE B. (1998). FOREWORD EN: TSOUROS A.G., DOWDING G., THOMPSON J. & DOORIS M. (EDS.), (1998). *Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe: iii-iv.
- BOWLING ANN (1994), La medida de la salud Revisión de las escalas de medida de la Calidad de Vida, Editorial Masson, S.A. ISBN 84-311-0671-9 Versión española
- CALDERON GARCIA R, HERNÁNDEZ MEJÍA R. (2004), La Calidad de Vida en México. Un estudio de aproximación. En: Hidalgo Muñón A y Medina Centeno R, Editores. *Cooperación al desarrollo y bienestar social*. Oviedo: Eikasía Ediciones, S.L. pág 507-515, (ISBN 84-95369-67-2).
- CANO CECILIA. (2002), La calidad total o Calidad de vida, en la Comunidad Latina de estudiante de Negocios *gestiopolis.com*, <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/calvida.htm> México fecha de consulta 31 de Agosto de 2007.
- CARUANA A, MARTÍNEZ D, REIG A, MERINO J. (1999). Evaluación del estrés en estudiantes de medicina. *Ansiedad y Estrés*, 5: 79-97.
- CASTRO A, Y SÁNCHEZ M.P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 12: 87-92.
- COVARRUBIAS S. de (1611). *Tesoro de la Lengua Castellana o Española*. Edición preparada por Martín de Riquer. Barcelona: S.A. Horta, I.E. 1943.
- CRONBACH L. J., (1951), Coefficient alpha and internal structure of a test. *Psychometrika*, 16:297-334.
- DALKEY, NORMAN C. AND ROURKE, DANIEL L.: (1973), The Delphi Procedure and Rating Quality of Life Factors, in EPA, *The Quality of Life Concept: A Potential New Tool for Decision Makers*, Office of Research and Monitoring, Environmental Studies Division.
- DEVINS GM, EDWORTHY SM. (2000), Illness intrusiveness explain race-related quality-of-life differences among women with systemic lupus erythematosus. *Lupus*; 9: 534-541.

- DOBKIN PL, DA COSTA D, DRITSA M, FORTIN PR, SENEAL JL, GOULET JR, (1999), et al. Quality of life in systemic lupus erythematosus patients during more and less active disease states: differential contributors to mental and physical health. *Arthritis Care Res* 1999; 12: 401-410.
- DOMÉNECH I MASSONS J.M., (1980), *BIOESTADÍSTICA, Métodos estadísticos para investigadores*. Barcelona, Editorial Herder.
- DUBOS R. (1969), *Man, Medicine and Environment*. New Cork: Mentor en:
- DUEÑAS O.F, LARA M, ZAMORA G. I., SALINAS G (2006), ¿Qué es la calidad de vida para los estudiantes? Vol. 7 No 1. Enero-Junio <http://espanol.geocities.com/aguilera99/volumen55.htm#DISCUSIÓN> Fecha de consulta 27 de Diciembre de 2007.
- DUBOS R., (1969), *Man, Medicine and Environment*, Mentor, New York en HERNÁNDEZ MEJIA R, FERNÁNDEZ LÓPEZ, J.A. RANCAÑO GARCÍA I. (1999), *Epidemiología y Calidad de Vida. Comparación entre Variables Sociodemográficas*. En: Gil V, Merino J. Quince F, Orozco D, Editores. *Investigación y Práctica Clínica, Módulo 2*. Madrid: Arthur S.A. Gráficas Robel, página 249-259, (ISBN 84-88325-04-5).
- DUBOS RENE (1969), Del título original en inglés: *Man, Medicine and Environment*, versión en español 1969, por Monte Avila Editores, C.A. Impreso en Venezuela por Editorial Arte, *Hombre, Medicina y Ambiente* pp
- ESQUIVEL L. (2002), Modelo conceptual de los factores que influyen en el desempeño escolar. En L. Esquivel A. Valdés y H. Cervera. *Sistema familiar de estudiantes con éxito y fracaso escolar*. Ponencia presentada en *Pedagogía 2003 Ciudad de la Habana, Cuba del 03 al 07 de Febrero*.
- ESQUIVEL L Y ARJONA J. (2003), "Características demográficas, motivaciones y expectativas (laborales, personales y familiares), de estudiantes del posgrado de la facultad de educación de la UADY". Proyecto de Investigación. Unidad de Posgrado de Investigación de la Facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- ESQUIVEL L Y ROJAS C. (2004), *Motivos de estudiantes de nuevo ingreso para estudiar un posgrado en educación Universidad Autónoma de Yucatán, México* investigación realizada en el marco del III Verano de la Investigación Científica de la Península de Yucatán.
- ENGELMANN M.D., KRUPKA LR, VERNER AM. (1993). Health-related behavior and somatic stress among college students. *College Student Journal*, 27: 274-283.
- FERNÁNDEZ-LÓPEZ J. A., SIEGRIST J., HERNÁNDEZ-MEJÍA., BROER M. Y CUETO-ESPINAR, A., (1994). Study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparison with the general population of the same environment. *J Clin Epidemiol*; 47:1373-1380
- FERNÁNDEZ-LÓPEZ J. A., SIEGRIST J., HERNÁNDEZ-MEJIA R., BROER M. Y CUETO-ESPINAR A., (1997), Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC). *Med. Clín (Barc)*,109:245-250
- FERNÁNDEZ LÓPEZ, J. A., RANCAÑO GARCÍA, I. Y HERNÁNDEZ MEJIA, R., (1999). Comprobación de las propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. *Psicothema* 11(2):293-303
- FIDALGO LÓPEZ INMACULADA, (2003), *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Lupus eritematoso sistémico* Tesis Doctoral Oviedo, p121
- FRASURE, SMITH N, LESPERANCE F, TALAJIC M: (1993), Depresión following myocardial infarction; impact on 6-month survival. *J Amer Med Assoc* 270: 1819-1825.
- FROMM ERICH. (1990), *Ética y Psicoanálisis*, Editorial Paidós, México.
- GARCÍA RIAÑO D. (1991), *Calidad de Vida, Aproximación histórico conceptual*. *Boletín de Psicología* 30, 55-94
- GALBRAITH J. (1958), *The Affluent Society [La sociedad de la abundancia]*, Boston, MA: Houghton-Mifflin.
- GONZÁLEZ M, CALZADILLA F, AMADOR M. MIGUEZ B. CARACIA F, VARGAS F, CASTILLO H, SORIA Y. (2004) *Calidad de vida en estudiantes de medicina y enfermería*. *Rev. Hospital Psiquiátrico de la Habana* ;1(1)5-9
- GOLDBERG, DP BLACKWELL (1970), *Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification*. *Br. Med J.* 2:439-443.



- GOLDBECK & T. G. SCHMITZ (2001), Comparison of three generic questionnaires measuring quality of life in adolescents and adults with cystic fibrosis: The 36-item short form health survey, the quality of life profile for chronic diseases, and the questions on life satisfaction. *Quality of Life Research* 10:23-36 Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands
- HATHAWAT S.R Y MCKINLEY J.C. (1972), Minnesota Multiphasic Personality Inventory.. IV. Huber, Berna.
- HERRANZ BELLIDO JESÚS (2003), La calidad de vida, el trabajo y la salud de los profesores universitarios. Tesis doctoral departamento de psicología de la salud Alicante, España
- HEINRICHS DW, HANLON TE, CARPENTER WT, (1984), The Quality of Life Scale: An Instrument for Rating the Schizophrenia Syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3): 388-398
- HERNÁNDEZ MEJIA R, FERNÁNDEZ LÓPEZ, J.A. RANCAÑO GARCÍA I. (1999), Epidemiología y Calidad de Vida. Comparación entre Variables Sociodemográficas. En: Gil V, Merino J. Quince F, Orozco D, Editores. *Investigación y Práctica Clínica, Módulo 2*. Madrid: Arthur S.A. Gráficas Robel, página 249-259, (ISBN 84-88325-04-5).
- HERNÁNDEZ MEJIA R, FERNÁNDEZ LÓPEZ F, RANCAÑO GARCIA I, SIEGRIST J. (1999), Manual de Usuario, programa PECVEC (Versión 1.0). Avilés: Pecvec, S.L. Gráficas Rigel, S.A. (ISBN 84-605-9017-8).
- HERNÁNDEZ MEJIA R, FERNÁNDEZ LÓPEZ, J.A. RANCAÑO GARCÍA I. CUETO ESPINAR A. (2001), Calidad de vida y enfermedades neurológicas. *Neurología* 16:30-37
- HERNÁNDEZ MEJIA R, FERNÁNDEZ LÓPEZ, J.A. RANCAÑO GARCÍA I. (2001), La medición de la Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. *Siete Días Med*; 500: 62-74
- HERNÁNDEZ MEJIA R, FERNÁNDEZ LÓPEZ, J.A. RANCAÑO GARCÍA I. (2002), Diabetes mellitus. Sus riesgos y su efecto sobre la calidad de vida. *Med Clin (Barc)*, 2002; 118(Supl. 1): 75-80
- HERNÁNDEZ MEJÍA, RADHAMÉS Y CALDERÓN GARCIA, ROCIO (2004), Marcos Institucionales del Bienestar Social p.p. 236:290 en Hidalgo Tuñón Alberto Y Medina Centeno Raúl (2004), Editores. Cooperación al desarrollo y bienestar social Hernández Mejía Radhamés, Rodríguez Díaz Francisco Javier y Zaiter Mejía Alba Josefina (Coordinadores), Oviedo, Eikasía Ediciones, S.L.pág. 265-289 (ISBN 84-95369-67-2), España.
- HERNÁNDEZ MEJIA R, CALDERON-GARCIA R, FERNANDEZ-LOPEZ J.A., CUETO-ESPINAR A. (2006), Escala para medir la calidad de vida en desdentados totales rehabilitados con prótesis completa mucosoportada. *RCOE*, 11(2): 181-191
- HUNT S. et al: (1981), The Nottingham Health Profile: Subjective Health Status and Medical Consultations. *Soc Sci Med*, 15A: 221-229
- KARNOFSKY DA, BURCHENAL JH (1949), The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. En McKad (Ed.), *Evaluation of chemotherapeutic Agents*. Columbia. Univ. Press. New York.
- KEYES K. R. LAWSON (1992), Amor consciente, Ediciones Obelisco, 1992 en La Clave de la Felicidad de Maximino Fernández Sendín, en Vulcano Ediciones (2003).
- KRÄMER A., STOCK C., ALLGÖWER A. (1997), Gesundheitsförderung and der Universität: Bewegung und sportliche Aktivität bei Studierenden. En: H-J. Schulke, J. V. Troschke, A. Hoffmann (Hrsg.). *Gesundheitssport und Public Health*. Deutsche Koordinierungstelle für Gesundheitswissenschaften. Freiburg: 96-109, 162-167.
- KRÄMER A., Y STOCK C. (1998). Gesundheitspotentiale von Studierenden fördern: Das Gesundheitslabor der Universität Bielefeld. *Public Health Forum*, 20: 19.
- KRÄMER A., PRÜFER-KRÄMER L., TSHIANG, J., Y STOCK, C. (2000). Gesundheitssurvey bei ausländischen Studierenden an der Universität Bielefeld. En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Weinheim und München: Juventa Verlag: 115-126.
- KIENAPFEL HEINO; KOLLER MICHAEL; HINDER DAVID; GEORG CHRISTIAN, PFEIFFER MICHAEL, KLOSE K.J., LORENZ WILFRIED AND GRISS PETER (2004), Integrated outcome assessment after anterior cervical discectomy and fusion SPINE Volumen 29 Number 22, pp 2501-2509 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
- KUGLER C, STRUEBER M, TEGFBUR U, NIEDERMEYER J, HAVERICH A (2004), Quality of life and lung trans-

plantation Prog Transplant, Dec, 14 (4), 331-336. Hanover Medical School, Hanover, Germany

➤ LAMEIRAS M., Y FRAILDE J.M. (1997). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del V.I.H. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23: 27-63.

➤ LEHMAN AF et al: (1988), A Quality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill. *Evaluation and Program Planning*, 11:51-62

➤ LEMOS S, FIDALGO A. (1993). Conductas de riesgo cardiovascular en población Universitaria. *Psicothema*, 5: 337-350.

➤ LEVI L. Y ANDERSON L. (1980), La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida *El Manual moderno*. México

➤ MALM U, MAY, PRA, DENCKER, SJ (1981), Evaluation of the Quality of life of the Schizophrenic Outpatients: A Checklist. *Schizophrenia Bulletin*, 7(3): 369-373

➤ MARÍAS J. (1995), La felicidad humana, Alianza Editorial S.A. Madrid, España Primera edición: 1987, Cuarta reimpresión: 1995 p.p. 217 (ISBN: 84-206-9552-1).

➤ MCDOWELL I, NEWELL C.: (1987), *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.

➤ MCHORNEY C.A. AND TRALOV A.R (1995), Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate. *Quality of Life Research*, 4:293-307

➤ MICHALSEN ANDREAS, WENZEL RENE R, MAER CHRISTINA, BROER MATTHIAS, PHILLIPP THOMAS, J. DOBOS GUSTAV (2001), *Lebensqualität und psychosoziale faktoren unter antihypertensiver therapie*. Hert Urban & Vogel

➤ NIVEL DE VIDA, Enciclopedia Microsoft® Encarta® Online 2007

<http://es.encarta.msn.com> © 1997-2007 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos http://es.encarta.msn.com/encyclopedia_961520932/Nivel_de_vida.html fecha de consulta 15 de Enero de 2007.

➤ O'DONNELL T. & GRAY G. (1993), *The health promoting college*. London: Health Education Authority.

➤ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1948), *Construction in basic documents*. Ginebra: World Health Organization. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 al 22 de Junio de 1946, firmada el 22 de Julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. Mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de Abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 12va., la 20va, la 26va y la 29va Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA 12,43, WHA20,36, WHA26,37 y WHA29, 38), que entraron en vigor el 28 de mayor de 1959, el 21 de mayo de 1975, el 03 de Febrero de 1977 y 20 de enero de 1984, respectivamente.

➤ ORTEGA Y GASSET J. (1916): *La percepción del prójimo*. En *Obras Completas*. Tomo VI (158-163). Madrid: Alianza Editorial. *Revista de Occidente* (1983).

➤ ORTEGA Y GASSET J. (1930). *Misión de la Universidad y otros ensayos afines*. 3ª edición en castellano. Madrid: *Revista de Occidente*, 1960.

➤ ORTEGA Y GASSET J. (1933): *En torno a Galileo. El método de las generaciones en la historia*. En *Obras Completas*. Tomo V(43-54), Madrid: Alianza Editorial. *Revista de Occidente* (1983).

➤ PECVEC (1996), S.L. El copyright de la versión alemana, *Profil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC)*, es propiedad de Hogrefe-Verlag GMBH & Co. K.G., Göttingen.

➤ PECVEC (1997), el copyright de la versión española del cuestionario *Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC)*, es Depositario el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo. Reservado todos los derechos. ISBN 84-605-9017-8 <http://www.siicsalud.com/dato/dat030/02o07001.htm>

➤ PERFIL DE CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS CRÓNICOS (PECVEC),(1997). Versión española del *Profil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC)* .

➤ PECVEC (1998), es una marca registrada, (Exp. 2.124.664/5/6), B.P.I. del 16 de Mayo de 1998 (Ley 11/86 del 20 de Marzo de 1986).



- PERFIL DE CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS CRÓNICOS (PECVEC), (1999); Manual de usuario. PECVEC, S.L.; Gráficas Rigel, S.A. ISBN 84-605-9017-8
- PETERKEN C. I. (1996). The health promoting university. A needs assessment: the potential for change. Portsmouth: University of Portsmouth.
- QUINTANILLA M. A. (1998). El reto de la calidad en las universidades. En J. Porta y M. Lladonosa (coords.). La Universidad en el cambio de siglo. Madrid: Alianza Editorial, 79-101.
- RAPHAEL D., STEINMETZ B., RENWICK R., ROOTMAN I., BROWN I., SEHDE H., PHILLIPS S., Y SMITH T. (1999). The Community Quality of Life Project: a health promotion approach to understanding communities. Health Promotion International, 14: 197-210.
- RANCAÑO GARCÍA IVÁN. (2007), Calidad de vida en una muestra representativa de la población asturiana Tesis Doctoral Oviedo, 25-26, 47-49.
- RAMOS J.R.S. y ESQUIVEL L (2002). Motivación hacia el estudio, expectativas y características familiares de mujeres inscritas en una licenciatura en Psicología. Educación y Ciencia. Nueva Epoca, Vol. 6, núm. 11 (25). Enero-Junio. p.p. 61-73
- REIG A., PRÜFER I. (1999). Quality of life and health status among the students of the University of Alicante: a research project among an exemplary group. Paper presented at the «Workshop Health Needs in University Students: Identifying Priorities for Intervention». University of Bielefeld (Germany), September 16 and 17.
- REIG F.A, CABRERO G.J., I. FERRER C. R., RICHART M.M. (2001). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/00360563299914928537857/p0000002.htm> fecha de consulta Mayo de 2007.
- REVISTA ENCUESTRO (2007), Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas órgano de difusión mensual, año 2, número 17, Mayo del 2007 Página 3
- RUIZ-ROS, V.; PERIS, A; LLACER, A y PERIS MD: (1992), Bases Conceptuales para el Diseño de un instrumento de medida de calidad de vida en los afectados por problemas de Salud: el Index de Qualitat de Vida de l'Escola Universitaria d'infermeria de la Universitat de Valencia (OQV-EUIV-1), Medicina Clinica, 98 (17): 41-48
- SANCHEZ P Y VALDÉS A (2003), Teoría y práctica de la orientación en la escuela México: Editorial Manual Moderno
- SCHEFFÉ H.A., (1953), A method for judging all contrasts in the análisis of
- SEVA A. (1994), Aproximación al conocimiento del estado de salud general y salud mental de una población de estudiantes universitarios. Psiquis, 15: 27-39.
- SIEGRIST J. (1987) Impaired quality of life as a risk factor in cardiovascular disease. J. Chron Dis; 40:571-578
- SIEGRIST J. MIDDEKE, M; OSTERKOM, K: (1991) Lebensqualität hypertensiver Arzte unter Hochdrucktherapie, Fortschr Medi; 109 (15): 64-70
- SIEGRIST J, BROER, M Y JUNGE A, (1996) Profil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC), Gottingen; Hogrefe-Verlag.
- SIEGRIST J. BROER M Y JUNGE A., (1997). Manual del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Versión oficial española del Profil der Lebensqualität Chronischkranker (PLC). Oviedo: Servicio Publicaciones; Universidad de Oviedo.
- SHIN D.C. JHONSON D. M. (1978), Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. Social Indicators Research No.5. pp. 475-492.
- SOBHAN-SARBANDI M. STOCK C. Y KRÄMER A. (2000). Die Rückengesundheit von Studierenden im Rahmen einer gesundheitsfördernden Hochschule. En: U. Sonntag S. Gräser C. Stock A. Krämer (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Verlag: 139-147.
- SONNTAG U., GRÄSER S., STOCK C., Y KRÄMER A. (Hrsg.). (2000), Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- SORIA N O. (2000), Motivos para oferta y demanda de posgrado. En Moreno.

- SOTOMAYOR MORENO JOSÉ IGNACIO (2002), La Calidad de vida de los estudiantes de posgrado, Universidad del Valle de México 1:21
- STEPTOE A. Y WARDLE, J. (1996). The European health and behaviour Survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology and Health*, 11: 49-73.
- SMITH-PALLISER MARK. (2002), Calidad de vida en el trabajo, Internet. México
- STOCK C., ALLGÖWER PRÜFER-KRÄMER L, KRÄMER A. (1997). Gibt es einen Bedarf für eine betriebliche Gesundheitsförderung für Studierende? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5: 239-256.
- STOCK C. Y KRÄMER A. (1999). Universität Bielefeld Gesundheitssurvey für Studierende. Universität Bielefeld.
- STOCK C. Y KRÄMER A. (2000). Psychosoziale Belastung und psychosomatische Beschwerden von Studierenden. En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Weinheim und München: Juventa Verlag: 127-138.
- TESTA M.A., (1987): Interpreting quality of life clinical trial data for use in the clinical practice of antihypertensive therapy. *J Hypertens*; 5 (suppl. 1): 9-13
- TESTA MA., ANDERSON RB, NACKLEY HF, HOLLBERG NK. (1993), Quality of life and antihypertensive therapy in men . A comparison of captopril and enalapril. *N Engl J Med* 1993; 328 (13): 907-913.
- TSOUROS A.D., DOWDING G., DOORIS G. (1998). Strategic framework for the Health Promoting Universities project. En: Tsouros, A.G., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.). *Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 111-135.
- TSOUROS A.D. (2000). Health Promoting Universities: concept and strategy. En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Weinheim und München: Juventa Verlag: 15-24.
- VILLAVERDE-GUTIÉRREZ C., ARAÚJO E CRUZ F., ROA J.M., BARBOSA W. & RUÍZ-VILLAVERDE G. (2006), Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise programme *Journal of Advanced Nursing* 54(1):11-19
- VIZCAYA M.F., FUENTES M., Y FERNÁNDEZ R. M. (1997). Estudio descriptivo de los hábitos alimenticios y del consumo de alcohol en una muestra de estudiantes de la Universidad de Alicante. *Enfermería Científica*, 178-179: 53-59.
- VON BERTALANFFY LUDWIG (1959), "The Theory of Open Systems in Physics and Biology". En: *Science*. N°3. Páginas 23-29.
- VON BERTALANFFY LUDWIG (1976), L. *Teoría General de los Sistemas*. Editorial Fondo de Cultura Económica. México.
- VON BERTALANFFY LUDWIG (1984). al. *Tendencias en la Teoría General de los Sistemas*. Alianza Editorial. Madrid. 3º Edición.
- WERNICHE CARLOS (1995), Abordaje holístico: "Qué es y qué no es" en el Filósofo Callejero, mes de Abril
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1947), The constitution of the World Health organization. *WHO Chron*, 1.29
- WHO (1996a). *Network News: The European Network of Health Promoting Schools*, 2nd edn. Copenhagen: WHO Copenhagen.
- WHO (1996b). *School Health Promotion. Series 5: Regional Guidelines: Development of Health Promoting Schools: A Framework for Action*. Manila: WHO, Manila.
- <http://www.udg.mx/categoria.php?id=5> fecha de consulta 17 de Enero de 2007.
- http://148.207.1.15/pls/posgrado/pfp_user.PFP_BUSCARPOR?v_progliga=PNP fecha de consulta 18 de Enero de 2007
- http://www.conacyt.mx/becas/Aspirantes/Becas_AspirantesPais.html fecha de consulta 18 de Enero de 2007



- http://www.conacyt.mx/Becas/Aspirantes/Becas_AspirantesExtranjero.html fecha de consulta 18 de Enero de 2007.
- http://www.conacyt.mx/Becas/Aspirantes/Becas_EstanciasTecnicasExtranjero.html fecha de consulta 18 de Enero de 2007
- http://www.conacyt.mx/Becas/docs/Becas_23351ReglamentoBecas_2004_DiarioOficial_08dic04.pdf fecha de consulta 18 de Enero de 2007
- <http://www.conacyt.mx/Becas/docs/ManualEvaluacionProgramasPosgrado.pdf> Fecha de consulta 18 de Enero de 2007.
- http://www.conacyt.mx/Becas/Index_Becas.html Fecha de consulta 18 de Enero de 2007
- http://www.conacyt.mx/Calidad/Becas_ProgramasPosgradosNacionalesCalidad.html Fecha de consulta 18 de Enero de 2007.
- http://www.conacyt.mx/Calidad/Becas_ProgramasPosgradosNacionalesCalidad_SolicitantesPNP.html Fecha de consulta 18 de Enero de 2007
- http://www.conacyt.mx/Posgrados/Becas_InstitucionesNacionales.html fecha de consulta 18 de Enero de 2007
- <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/resultados.htm#key> el día 13 de Septiembre de 2007
- <http://www.conacyt.mx/Estados/estados.OficinasRegionales.htm> Fecha de consulta 18 de Enero de 2007.
- http://www.itesm.edu/wps/portal?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/ITESMv2/Tecnológico+de+Monterrey/Educación/Posgrados/ Fecha de consulta 15 de Enero de 2007
- <http://www.misionesonline.net/paginas/detalle.php?db=noticias2006&id=18112> Fecha de consulta 15 de Enero de 2007