

## “CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE UN INSTRUMENTO QUE MIDE EL BIENESTAR SANITARIO”

### “RELIABILITY AND VALIDITY OF AN INSTRUMENT THAT MEASURES HEALTH WELFARE”

Juan José García-Ochoa<sup>1</sup>, María de los Ángeles Delgado-Carrillo<sup>2</sup>, Cruz García-Lirios<sup>3</sup>  
Universidad de Sonora, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Universidad Autónoma del Estado México, México

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”<sup>4</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 3 de Junio de 2018

Aceptado: 30 de Octubre de 2018

### Resumen

El bienestar subjetivo, entendido como una fase preliminar del autocuidado y la adhesión al tratamiento fue el objetivo del presente trabajo, aunque el diseño no experimental, muestreo no probabilístico de 456 migrantes trabajadores y análisis exploratorio limitaron los hallazgos que sugieren dos dimensiones teóricas corroboradas por la observación empírica: aversión o atribución de responsabilidad institucional y propensión o compromiso de bienestar personal. Se sugiere la inclusión del autocuidado y la adhesión al tratamiento como parte del proceso de calidad de vida percibida por los flujos migratorios laborales.

**Palabras clave:** Adhesión, Autocuidado, Bienestar, Migración, Salud.

### Abstract

The subjective well-being, understood as a preliminary phase of self-care and adherence to treatment was the objective of this work, although the non-experimental design, non-probabilistic sampling of 456 working migrants and exploratory analysis limited the findings that suggest two corroborated theoretical dimensions by empirical observation: aversion or attribution of institutional responsibility and propensity or commitment to personal well-being. The inclusion of self-care and adherence to treatment is suggested as part of the quality of life process perceived by labor migration flows.

**Keywords:** Adhesion, Self-care, Welfare, Migration, Health.

<sup>1</sup> Correspondencia remitir a: USON: [jjgarcia@navojoa.uson.mx](mailto:jjgarcia@navojoa.uson.mx)

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: UACM: [angeles\\_delgado@yahoo.com.mx](mailto:angeles_delgado@yahoo.com.mx)

<sup>3</sup> Correspondencia remitir a: UAEMEX: [garcialirios@icloud.com](mailto:garcialirios@icloud.com)

<sup>4</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com), o [norma@tigo.com.py](mailto:norma@tigo.com.py) “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

El objetivo del presente trabajo fue establecer la confiabilidad y la validez de un instrumento que midió el

bienestar sanitario en migrantes del centro de México, considerando sus características sociodemográficas, socioeducativas y socioculturales.

**Tabla 1**  
*Estudios del bienestar sanitario*

Año	Autor	Resultados
2004	Bartlett et al.,	Encontraron que la depresión por cuestiones económicas, sociales o afectivas en las mamás de niños migrantes con asma está asociada negativamente y significativamente al uso del inhalador y la ingesta del medicamento contra la enfermedad.
2008	Kaptein et al.,	Llevaron a cabo un metaanálisis en torno a las percepciones de la enfermedad y encontraron que existe una tendencia desfavorable al uso de dispositivos –inhaladores– para el tratamiento del asma, sugieren que las intervenciones biomédicas y psicológicas al orientarse en el cambio de percepción de riesgo a utilidad de los medicamentos y dispositivos, incrementarán la adherencia al tratamiento.
2010	Baldi y García	Existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto a su grado de satisfacción de calidad de vida; transporte [ $X^2 = 12,21$ ; $p = 0,02$ ], energía y fatiga [ $X^2 = 10,48$ ; $p = 0,03$ ], capacidades laborales [ $X^2 = 23,44$ ; $p = 0,02$ ] y oportunidades para recreación [ $X^2 = 24,03$ ; $p = 0,02$ ].
2010	Baranco et al.,	La percepción de la Calidad de Vida está por encima de la media ya que los entrevistados manifiestan estar satisfechos con los servicios, oportunidades y capacidades correspondientes. Empero, es menester realizar intervenciones desde el Trabajo Social para la promoción de la calidad de vida a través de la mediación de conflictos entre los actores. En ese sentido, ellos manifiestan vivir en una paz pública, pero ésta puede verse amenazada por diferencias entre comunidades al momento de establecer la distribución de los recursos.
2010	Machado, Anarte y Ruíz	La ansiedad determinó la calidad de vida ( $\beta = 0,595$ ; $t = 3,321$ ; $p = 0,000$ ) al momento de interactuar con otras cinco variables físicas, médicas, psicológicas y sociales. La depresión fue el segundo predictor de la calidad de vida al interrelacionarse con otras cinco variables ( $\beta = 0,525$ ; $t = 3,321$ ; $p = 0,002$ ).
2010	Grimaldo	Se estableció la validez y confiabilidad de la calidad de vida considerando nueve dimensiones relativas a medios de comunicación ( $\alpha = 0,93$ ), bienestar económico ( $\alpha = 0,83$ ), pareja ( $\alpha = 0,87$ ), vida familiar y hogar ( $\alpha = 0,89$ ), religión ( $\alpha = 0,95$ ), vecindario y comunidad ( $\alpha = 0,90$ ), ocio ( $\alpha = 0,88$ ), amigos ( $\alpha = 0,88$ ) y salud ( $\alpha = 0,85$ ).
2012	Sadeghzadeh	Establecieron diferencias significativas entre los grupos experimental y control con respecto a la intervención médica y su calidad de vida percibida antes y después de dicha intervención [ $t = 3,86$ (29 gl) $p = 0,000$ ]
2012	Derya	Establecieron diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a su salud percibida ( $t = 2,543$ ; $p = 0,011$ ), necesidades de actualización ( $t = 3,744$ ; $p = 0,000$ ), necesidades de conocimiento ( $t = 2,977$ ; $p = 0,003$ ) y necesidades estéticas ( $t = 1,790$ , $p = 0,074$ ).
2012	Tariq	La satisfacción de vida y el estrés financiero correlacionaron negativamente ( $r = -0,118$ ; $p < 0,001$ ) y se establecieron diferencias significativas entre alto y bajo estrés financiero con respecto a la satisfacción de vida [ $t = 2,37$ (98 gl) $p < 0,05$ ]
2013	Aristegui y Vázquez	La calidad de vida y el bienestar subjetivo o psicológico fueron evocados por los discursos de los entrevistados ya que por una parte declaran que sus expectativas de vida son inhibidas al ser discriminados, pero por la otra la formación de un grupo transgénero les permitió establecer redes de apoyo.
2013	Abolfotouh et al.,	Hallan diferencias significativas entre sexos en su percepción de calidad de vida [ $X^2 = 13,622$ ; $p = 0,001$ ; $t = 0,316$ ; $p = 0,001$ ] y satisfacción de vida [ $X^2 = 12,164$ ; $p = 0,002$ ; $t = 3,05$ ; $p = 0,001$ ].
2013	Quiceno y Vinaccia	La preocupación correlacionó con el funcionamiento físico ( $r = -0,512$ ; $p = 0,001$ ) del mismo modo que las consecuencias ( $r = -0,491$ ; $p = 0,001$ ) y esta con la salud general ( $r = -0,472$ ; $p = 0,001$ ).
2014	Melton et al.,	Encontraron una relación espuria entre la alfabetización médica y la adherencia al tratamiento. Además, plantean que el efecto de la consulta médica sobre la adherencia se llevó a cabo a partir de tres diferencias; a) información deseada e información recibida; b) ensayos de aciertos frente a ensayos de error; c) expectativas de pacientes y expectativas de médicos.
2015	Kardas, Lewel y Strzondala	Evidenciaron las diferencias culturales entre pacientes de asma al demostrar que la ignorancia y la desesperanza inciden sobre la adherencia al tratamiento. De este modo, el sistema de atención social al estar diseñado para el servicio de una cultura de derechos a la salud excluye a las comunidades migrantes.

**Fuente:** Elaboración propia

Los estudios del bienestar sanitario aluden a un proceso intermedio entre la prevención y la atención que estaría vinculado a la adhesión al tratamiento (Quintero, Valdés, Delgado y García, 2018). En ese sentido, el bienestar sanitario alude a una instancia de expectativas de mejoramiento paulatino y continuo, aunque su aspecto subjetivo ha inhibido su medición en las ciencias de la salud (véase Tabla 1).

A diferencia de la calidad de vida que alude a la percepción objetiva y subjetiva de las demandas y los recursos del entorno, el bienestar subjetivo refiere a expectativas de capacidades ante los eventos de riesgo como las enfermedades y los accidentes (García, 2018). Sin embargo, el bienestar subjetivo, entendido como un factor de la calidad de vida, ha sido conceptualizado como parte de un proceso racional, deliberado, planificado y sistemático de prevención de riesgos, así como de adhesión al tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas (García, 2017). Pues bien, el bienestar subjetivo orientado a la salud pública ha sido relacionado con el autocuidado que alude a la capacidad individual y grupal para la adhesión al tratamiento de una enfermedad, la ingesta de medicamentos o la realización de medidas preventivas (Ortiz y García, 2008).

Debido a que el autocuidado ha sido predominantemente observado luego de un diagnóstico, su relación con la adhesión al tratamiento ha propiciado una reconceptualización del bienestar subjetivo en su dimensión sanitaria (García, 2011).

Por consiguiente, el bienestar sanitario refiere a expectativas de aversión y propensión a los riesgos como serían las enfermedades y los accidentes en el ámbito laboral (García, Carreón y Bustos, 2012).

En el caso de las comunidades laborales migrantes, el bienestar sanitario es un determinante de su calidad de vida ya que, el tipo de función determina las expectativas de riesgos laborales (García, Carreón, Hernández, Bustos, Bautista, Méndez y Morales, 2013).

### **Método**

¿Existen diferencias significativas entre las dimensiones del bienestar sanitario con respecto a las relaciones entre factores e indicadores a ser observadas en el estudio empírico?

Hipótesis nula: Existirán diferencias significativas entre las dimensiones teóricas con respecto a las dimensiones empíricas a observarse en el estudio.

Hipótesis alterna: No existirán diferencias significativas entre las dimensiones teóricas respecto a las dimensiones empíricas a observar en el estudio del bienestar sanitario

Se llevó a cabo un estudio no experimental con una muestra no probabilística de 456 migrantes trabajadores en una localidad del centro de México, considerando su estatus migratorio, así como su exposición a riesgos laborales (véase Tabla 2).

**Tabla 2**  
*Descriptivos de la muestra*

Sexo	%	Edad	%	Ingreso	%	Estado civil	%
Masculino	45,3	<29 años	56,2	<300 USD	56,3	Soltero	35,2
Femenino	65,7	>29 años	54,8	>300 USD	54,7	Otro	75,8

**Fuente:** Elaborada con los datos del estudio

Se construyó la Escala de Bienestar Sanitario Percibido (EBSP-14) que incluyó dos dimensiones relativas a la aversión y la propensión a

los riesgos. Cada ítem se respondió con alguna de cinco opciones: 0 = “nada probable” hasta 5 = “bastante probable” (véase Tabla 3).

**Tabla 3**  
*Construcción de la EBSP-14*

Factor	Concepto	Indicador	Medición	Interpretación
<b>Aversión a los riesgos</b>	Refiere a la responsabilidad delegada a la autoridad o institución con respecto a la salud ocupacional (Villegas, Rosas, y García, 2018)	Demandaré más medicamentos a mi centro de salud para rehabilitarme	0 = “nada probable”, hasta 5 = “bastante probable”.	Un alto puntaje sugiere un bienestar sanitario institucionalizado
<b>Propensión a los riesgos</b>	Refiere al compromiso con relación a la salud personal en el ámbito ocupacional (Delgado, Méndez, Morales, García, Mendoza y Vilchis, 2018)	Trabajaré, aunque me receten medicamentos	0 = “nada probable”, hasta 5 = “bastante probable”.	Un alto puntaje refiere a un bajo bienestar sanitario

**Fuente:** Elaboración propia

Se encuestaron a los participantes en su casa habitación y/o lugar de residencia, previa garantía por escrito de anonimato, confidencialidad y no afectación de los resultados a su estatus económico, político y social. La información se procesó en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (IBM-SPSS-AMOS por su acrónimo en inglés versión 25,0).

Se estimó la normalidad, confiabilidad, validez, ajuste y residual a fin de poder establecer la consistencia y convergencia de los factores, así como la prueba empírica de la hipótesis nula. La normalidad se calculó con los parámetros de curtosis, sesgo y asimetría con la intención de llevar a cabo análisis multivariantes (Rodríguez y Ruíz, 2008). Es el caso de la prueba Mardian para la ponderación de la multinormalidad cuyos valores superiores a ,25 son considerados pertinentes (Porras, 2016).

La confiabilidad o consistencia interna de la escala se estimó con el coeficiente alfa de Crombach a partir de una correlación entre el ítem con la escala superior a ,70 (Tavakol y Dennick, 2011). La validez de llevó a cabo a partir del análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación promax (Lloret, Ferreres, Hernández y Thomas, 2014), a fin de poder establecer las dimensiones del bienestar sanitario, pero sin considerar las relaciones de dependencia entre estos factores con otros que la literatura identifica como calidad de vida, adhesión al tratamiento o autocuidado. La validez discriminantes se observó con los estadísticos Lambda de autoimagen y de Wilks, así como el porcentaje de diferenciación los cuales debieron ser cercanos a la unidad o cuando menos lejanos al cero (Djauhari, 2010).

Se calcularon los parámetros de bondad de ajuste y residual para establecer el porcentaje de relaciones entre las variables que el modelo especificado puede anticipar con respecto al modelo estructural (Hooper, Coughlan y Mullen, 2008)

## Resultados

La Tabla 4 muestra los valores de confiabilidad de la escala general (alfa de ,780) y de las subescalas de aversión (alfa de ,785) y propensión (alfa de ,787) que superaron el mínimo indispensable (alfa de ,700) las cuales sugieren una consistencia interna moderada que supone su aplicación en otros escenarios y muestras con resultados similares. La adecuación y la esfericidad [KMO = ,781;  $X^2 = 345,23$  (23gl)  $p = ,000$ ] permitieron el análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación promax.

**Tabla 4**

*Descriptivos del instrumento*

R	M	D	S	C	A	F1	F2
R1	4,38	1,02	1,72	1,37	,782		,476
R2	4,35	1,08	1,56	1,41	,711		,478
R3	4,14	1,07	1,31	1,48	,704		,461
R4	4,38	1,03	1,46	1,50	,736		,469
R5	4,65	1,02	1,57	1,92	,792		,437
R6	4,19	1,03	1,59	1,37	,751		,465
R7	4,30	1,01	1,96	1,16	,762		,416
R8	4,23	1,56	1,68	1,49	,784	,406	
R9	4,15	1,46	1,52	1,32	,704	,476	
R10	4,92	1,28	1,54	1,54	,751	,437	
R11	4,67	1,15	1,49	1,71	,752	,401	
R12	4,31	1,13	1,87	1,04	,784	,476	
R13	4,38	1,96	1,36	1,36	,795	,436	
R14	4,37	1,06	1,14	1,37	,754	,461	

**Fuente: Elaborada con los datos del estudio**

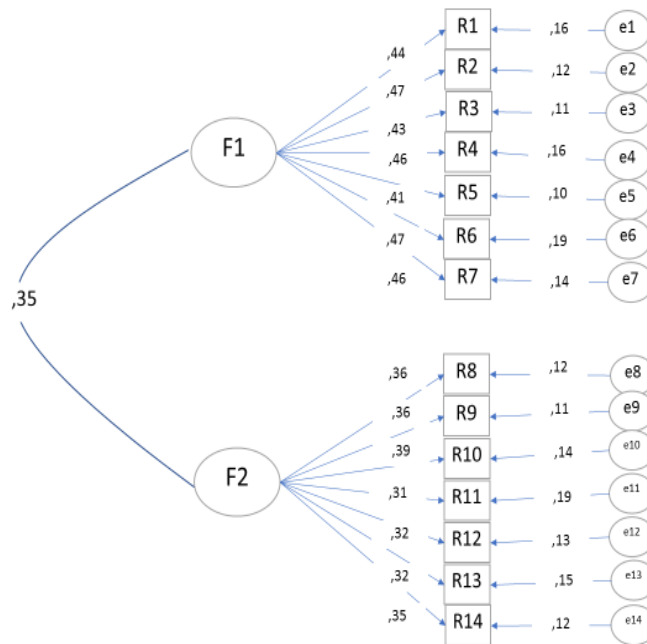
R = Reactivo, M = Media, D = Desviación Estándar, S = Sesgo, C = Curtosis, A = Alfa quitando el valor del ítem. Adecuación (KMO = ,781), Esfericidad [ $X^2 = 345,23$  (23gl)  $p = 0,000$ ], Diferencial [ $\lambda_{\text{autoimagen}} = ,64$ ;  $\lambda_{\text{wilks}} = ,47$ ; 43% diferencial]. Extracción: Ejes Principales, Rotación: Promax. F1 = Aversión a los Riesgos (17% de la varianza total explicada y alfa de ,785), F2 = Propensión a los Riesgos (11% de la varianza total explicada y alfa de ,787). Todos los ítems se responden con alguna de cinco opciones: 0 = “nada probable” hasta 5 = “bastante probable”.

Las dimensiones de aversión (17% de la varianza total explicada) y la propensión

(11% de la varianza total explicada) explicaron el 28% de la varianza total explicada.

Lo cual sugiere la inclusión de otro factor que la literatura identifica como adhesión a los riegos o al tratamiento. La correlación ( $r = 0,37$ ) y la covarianza ( $,64$ ) entre el factor de aversión al riesgo y el factor de propensión al riesgo sugieren la emergencia de un factor de segundo orden que la literatura identifica como el bienestar sanitario, pero la estimación del modelo estructural sugiere dos factores de primer orden preponderantes

(véase Figura 1). Los parámetros de ajuste y residual [ $\chi^2 = 483,32$  (48gl)  $p = ,009$ ; GFI =  $,990$ ; CFI =  $,995$ ; RMSEA =  $,009$ ] sugieren el no rechazo de la hipótesis nula relativa al ajuste de las relaciones entre las variables teóricas con respecto a las dimensiones observadas.



**Figura 1.** Estructura factorial exploratoria del bienestar sanitario

**Fuente:** Elaborada con los datos del estudio

F1 = Aversión a los Riesgos, F2 = Propensión a los Riesgos: R = Reactivo, e = Error de medición  $\leftrightarrow$  = correlación,  $\rightarrow$  = relación reflejante,  $\leftarrow$  = relación de dependencia

### Discusión

El aporte del presente trabajo al estado del conocimiento radica en el establecimiento de la confiabilidad y la validez de un instrumento que midió la percepción de salud sanitaria, considerando dos dimensiones relativas a la aversión y la propensión a los riesgos que fueron corroboradas en un

estudio empírico, aunque el tipo de estudio, muestreo y análisis limitaron los hallazgos al escenario de la investigación, sugiriendo la inclusión de factores que la literatura relaciona con el rechazo o la adhesión al tratamiento, así como el autocuidado y las conductas de riesgos.

Carreón, Hernández, Bustos y García (2017) demostraron el efecto directo, positivo y significativo entre de las políticas de protección civil sobre la salud ocupacional de migrantes caficultores. En el presente trabajo la aversión a los riesgos explicó el mayor porcentaje de la varianza total indicando que la percepción de bienestar sanitario parece obedecer a la atribución de responsabilidad institucional o gubernamental. García, Carreón y Bustos (2017) demostraron la prevalencia del estigma laboral en trabajadores migrantes de acuerdo con el tipo de desempeño. A medida que la función asumía más riesgos la calidad de vida y la salud ocupacional se deterioraron. En el presente trabajo, la salud ocupacional percibida se configuró por dos dimensiones opuestas, pero integrables si se considera que los trabajadores migrantes deben asumir más riesgos que los trabajadores oriundos, así como la cada vez mayor protección laboral y defensa de los derechos.

García, Carreón y Hernández (2017) demostraron que, si bien la defensa de los derechos está cada vez más en la agenda de los trabajadores migrantes, es la propensión a los riesgos la que prevalece ya que la flexibilidad laboral demanda esfuerzos cada vez mayores a los flujos migratorios que a los trabajadores oriundos. En el presente trabajo, la aversión y la propensión a los riesgos explicaron el 28% de la varianza total lo cual refleja la flexibilidad y los riesgos a los que los flujos migrantes están expuestos y en esa virtud es recomendable profundizar en su percepción de riesgos centrada en la aversión o la intención de delegar en sus autoridades su bienestar sanitario más que en sus capacidades de autocuidado o adhesión al tratamiento una vez que han sido diagnosticados.

En relación con las diferencias entre los indicadores de los factores se estimaron los parámetros Lambda de autoimagen y Wilks, pero no se advirtió suficiente evidencia de diferenciación. Incluso en el análisis de correlación y covarianzas entre ambos factores se aprecia la emergencia de un tercer factor, pero el modelo estructural de relaciones reflejantes entre ambos factores y sus indicadores advierten más bien la prevalencia de una estructura bifactorial más que unidimensional. Se sugiere llevar a cabo un análisis factorial confirmatorio de componentes principales con rotación varimax a fin de poder observar la estructura factorial del bienestar sanitario y su posible diferencia con el bienestar subjetivo y el bienestar percibido, así como entre los indicadores de las dimensiones.

### Conclusión

El objetivo del presente trabajo fue establecer la confiabilidad y la validez de un instrumento que midió el bienestar sanitario, corroborando dos dimensiones teóricas en la observación empírica, aunque el diseño del estudio limitó los hallazgos al escenario de la investigación, sugiriendo la inclusión de factores que explican la calidad de vida objetiva y subjetiva, así como el bienestar percibido y subjetivo, el autocuidado y la adhesión al tratamiento. La estructura factorial exploratoria, a diferencia de la estructura factorial confirmatoria sólo advierte los ejes principales del bienestar sanitario, pero un análisis factorial confirmatorio permitiría observar las relaciones reflejantes entre los factores con respecto a sus indicadores, así como el tipo de estructura predictiva en relación con otras variables que la literatura ubica colateralmente.

Si fuera el caso, la estructura factorial confirmatoria permitiría observar el bienestar sanitario en contextos, escenarios y muestras distintas o similares a la del presente estudio, sugiriendo el desarrollo de un instrumento multifactorial. El mismo tendría la finalidad de modelar las relaciones entre sus factores e indicadores, y poder explicar aún más el fenómeno en relación con variables que la literatura reportada como inherentes o inexorables al bienestar sanitario. En cuanto a la diferenciación entre los factores de aversión y propensión a los riesgos es menester tomar en cuenta que la muestra encuestada al ser migrante está expuesta a situaciones límite que sesgan sus necesidades y expectativas de bienestar en general y de bienestar sanitario en particular. Por consiguiente, es necesario introducir la variable de discapacidad social en el instrumento de medición a fin de poder apreciar diferencias y similitudes entre muestras en situaciones límite y muestras en situaciones de confort. Ello permitiría evidenciar las diferencias entre las dimensiones de aversión y propensión a riesgos y a partir de estas observar con más detalles sus subdimensiones.

### Referencias

- Bartlett, S., Krishnan, J., Riekert, K., Butz, A., Malveaux, F. y Rand, C. (2004). Maternal depressive symptoms an adherence to therapy in inner city children with asthma. *Pediatrics*, 113 (2), 229-237 DOI: 10.1542/peds.113.2.229
- Carreón, J., Hernández, J., Bustos, J. M. y García, C. (2017). Políticas de fomento empresarial y sus efectos sobre las percepciones de riesgo en caficultores de Xilitla, San Luis Potosí, centro de México. *Poesis*, 32, 33-57
- Corsico, A., Cazzoletti, L., Janson, R., Jarvis, D., Zola, M., Bugiani, M., Accordini, S., Villani, S., Marinoni, A., Gislason, D., Gulsvik, A., Pin, I., Vermeire, P. y Cerveri, I. (2007). Factors affecting adherence to asthma treatment in an international cohort of young and middle aged adults. *Respiratory Medicine*, 101, 1363-1367 DOI: 10.1016/j.rmed.2006.11.012
- Delgado, M. A., Méndez, A., Morales, M. L., García, C., Mendoza, D. y Vilchis, F. J. (2018). Contraste de un modelo de disposición a la solicitud del embarazo. *Eurhythmy*, 5, 1-12
- Fernández, A., Fernández, E. y Siegrist, J. (2005). El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo desequilibrio-esfuerzo-recompensa. *Calidad Asistencial*, 20 (3), 165-170
- García, C. (2011). Estructura de las actitudes hacia los hospitales. *Psicología y Salud*, 21 (1), 57-64
- García, C. (2017). Política de salud comunitaria y la adhesión al tratamiento del cáncer cervical en una comunidad del centro de México. *Epsys*, 11, 1-6
- García, C. (2018). Redes informativas de salud comunitaria en una localidad del centro de México. *Epsys*, 12, 1-20
- García, C., Carreón, J. y Bustos, J. M. (2012). Socialización y compromiso laboral en trabajadoras sociales de instituciones públicas y privadas. *Humanismo y Trabajo Social*, 11, 177-192
- García, C., Carreón, J. y Bustos, J. M. (2017). Los estudios de la migración laboral: estructura factorial exploratoria del estigma laboral. *Eureka*, 14 (1), 1-16



- García, C., Carreón, J. y Hernández, J. (2017). Límites de los modelos de salud ocupacional. Estudio de adhesión al tratamiento del asma en trabajadores migrantes adultos mayores del Estado de México. *Visión Gerencial*, 16 (1), 103-118
- García, C., Carreón, J., Hernández, J., Bustos, J. M., Bautista, M., Méndez, A. y Morales, M. L. (2013). Compromiso laboral en el trabajo social del sector salud. *Medicina, Salud y Sociedad*, 4 (1), 39-58
- Gómez, V. y Llanos, A. (2014). Factores psicosociales del origen laboral, estrés y morbilidad, en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31 (2) 354-385
- Hooper, D., Coughlan, J. y Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal fo Business Research Methods*, 6 (1), 53-60
- Kaptein, A., Hughes, B., Sharloo, M., Fischer, M., Sinoel, L., Weiman, J. y Rabe, K. (2008). Illness perception about asthma are determinants of outcome. *Journal of Asthma*, 45, 459-464 DOI: 10.1080/02770900802040043
- Kardas, P., Lewel, P. y Strzondala, M. (2015). Adherence to treatment in asthma and COPD patients in their doctor assessment. *Pneumologia I Alergia Polska*, 83 (6), 436-444 DOI: 10.5603/PiAP.2015.0072
- Lloret, S., Ferreres, A. Hernández, A. y Thomas, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (3), 1151-1169
- Luceño, L., García, J., Rubio, S. y Díaz, E. (2004). Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. *Edupsyche*, 3 (1), 95-108
- Melton, C., Graff, C., Norlin, G., Brown, L. y Bailed, J. (2014). Health literacy an asthma management among African-American adults: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Asthma*, 51 (7), 703-713 DOI: 10.3109/02770903.2014.906605
- Ortiz, P. y García, C. (2008). Estudio sobre el clima y satisfacción laboral en una empresa comercializadora. *Psicología para América Latina*, 13, 1-36
- Porras, J. C. (2016). Comparación de pruebas de normalidad multivariada. *Anales científicos*, 7 (2), 141-146
- Quintero, M. L., Valdés, O., Delgado, M. A. y García, C. (2018). Evaluación de un modelo de las estrategias institucionales del autocuidado. Uso de condón y prevención en jóvenes universitarios. *Salud Problema*, 12 (23), 56-68
- Rodríguez, M. N. y Ruíz, M. A. (2008). Atenuación de la asimetría y la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29, 205-227
- Tao, L., Bilderback, A., Bender, B., Wambolt, F., Turner, C., Rand, S. y Bartlett, S. (2008). Do asthma medication beliefs mediate the relationships between minority status and adherence to therapy? *Journal of Asthma*, 45, 33-37 DOI: 10.1080/02770900701815552
- Tavakol, M. y Dennick, R. (2011). Making sense of Crmbach's Alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55 DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Villegas, E., Rosas, F. J. y García, C. (2018). Social work towards a quality of life and wellbeing subjective. *International Journal of Research in Humanities and Social Studies*, 5 (6), 35-48