

74
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

CAMPUS IZTACALA

Licenciatura en Psicología

**LAS APRECIACIONES SUBJETIVAS DEL BIENESTAR PSICOSOCIAL EN
UN GRUPO DE PROFESIONISTAS DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

Reporte de Investigación para obtener el título de Licenciatura en Psicología
PRESENTA:

Marinca Gabriela Ferréaz Pérez



Directora de Tesis :

Maestra Ana Luisa González-Celis Rangel

Sinodales :

Maestro Edgardo Ruiz Carrillo

Maestra Rosa Isabel Esquivel Hernández

IZTACALA

Iztacala, Edo. de México, Junio de 1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

266863



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Toda la dedicación que me llevó realizar este proyecto no se compara con todo lo que ustedes se han esforzado por enseñarme el verdadero valor de la vida, por eso hoy con uno de mis logros más deseados les doy las gracias por haber sido fuente de inspiración, un ejemplo de honestidad, veracidad y profesionalismo, así como por todos sus consejos, enseñanzas, vivencias, amor y de estar siempre junto a mi, apoyándome en todo momento y circunstancia.

Por esto y mucho más, esta meta que hoy alcanzo es suya y mía.

Gracias Papá, Gracias Mamá.

Con amor y cariño.

A Carlos

Por todo tu amor, paciencia, enseñanza, comprensión y tiempo dedicado e invertido.

A Cynthia

Por ser un ejemplo de superación profesional.

A Ana

Por la oportunidad de formar parte de tu equipo de trabajo, lo cual fue una experiencia muy agradable, en donde recibí un enorme apoyo, empuje y aprendizaje, siendo todo esto una fuente de inspiración para la superación profesional. Así como también te agradezco los consejos, pláticas y cariño que me brindaste a lo largo del tiempo que compartimos.

A Lili y Carmen

Por su amistad, sinceridad, apoyo, compañía, momentos compartidos y las lindas risas, sin lo cual este trabajo no hubiera sido el mismo.

A Ale

Por toda la ayuda brindada para que este trabajo fuera posible.

A Aida Frola

Por su amabilidad, confianza, atenciones, facilidades y ayuda.

A toda la gente que de una u otra manera hizo posible este proyecto.

AGRADECIMIENTO

Doy las gracias a la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO** por todas las oportunidades que me brindó y en especial al Programa Fundación UNAM de Iniciación Temprana a la Investigación y a la Docencia (PITID), en donde se comenzó a visualizar el tema para la titulación, así como al **PROGRAMA DE BECAS TESIS DE LICENCIATURA EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**, el cual durante seis meses me apoyaron para que este proyecto se hiciera una realidad.

Sin embargo también agradezco al Profesor Edy, ya que él fue el que me incursiono y motivo para tomar dichas oportunidades, asimismo doy las **GRACIAS** a la Maestra Ana Luisa González-Celis Rangel por haberme dado la oportunidad.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Páginas
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
I.- MARCO TEÓRICO	6
1. Enfoque histórico de la investigación de la Calidad de Vida	6
2. Aproximaciones conceptuales de Calidad de Vida	14
3. Conceptos asociados a la Calidad de Vida	20
3.1) Nivel de vida	21
3.2) Modo de vida	23
3.3) Necesidades humanas	24
3.4) Salud	26
4. Modelos de medición relacionados a la Calidad de Vida	29
4.1) Modelo de nivel de vida de Pusic	31
4.2) Modelo de Erick Allardt	32
4.3) Modelo de vulnerabilidad social de Etes y Morgan	32
4.4) Modelo de índice de la Calidad Física de Vida	33
4.5) Indicadores sociológicos del nivel de vida	33
4.6) Teoría de las necesidades de Maslow	34
5. Componentes de la Calidad de Vida	39
6. Investigaciones realizadas sobre la Calidad de Vida	44
7. Evaluación de la Calidad de Vida	55
7.1) Escalas de felicidad	55

7.2) Escalas de satisfacción de ítems simples	56
7.3) Escalas de bienestar subjetivo	57
II.- METODOLOGÍA	60
1. Justificación	60
2. Objetivo General	60
3. Objetivos Específicos	61
4. Diseño y tamaño muestral	61
5. Definición y operacionalización de variables	62
6. Hipótesis de investigación	64
7. Diseño de instrumentos	65
8. Procedimiento	66
9. Categorización de las repuestas de los instrumentos	68
III.- RESULTADOS	69
1. Análisis descriptivo	69
2. Índice de Calidad de Vida	73
3. Análisis comparativo	73
4. Validación del instrumento	78
5. Asociación del Índice de Calidad de Vida	80
5.1) Índice de Calidad de Vida y Satisfacción en General	80
5.2) Índice de Calidad de Vida y Satisfacción por área	80
5.3) Índice de Calidad de Vida y Percepción por área	81
IV.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS	82
V.- PROPUESTA DEL MODELO DE CALIDAD DE VIDA	87
Apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial.	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Edad de los profesionistas de las Ciencias de la Salud

p. 70

Figura 2

Profesión de la muestra

p. 71

Figura 3

Experiencia laboral de los profesionistas de las Ciencias de la Salud

p.72

Figura 4

Índice de Calidad de Vida reportado por los Profesionistas de las Ciencias de la Salud

p. 73

Figura 5

Índice de Calidad de Vida a través de la Satisfacción general con la vida

p. 88

Figura 6

Índice de Calidad de Vida en función de la satisfacción por áreas de la vida

p. 89

Figura 7

Índice de Calidad de Vida teniendo como indicador a la percepción de las áreas de la vida

p. 90

Figura 8

Asociación entre la satisfacción de las áreas de la vida y la percepción de las áreas de la vida

p. 91

Figura 9

Asociación entre la satisfacción de las áreas de la vida y la satisfacción de las áreas de la vida por indicador

p. 92

Figura 10

Asociación entre la satisfacción general y la satisfacción de las áreas de la vida

p. 93

Figura 11

Asociación entre la percepción de las áreas de la vida y la satisfacción de las áreas de la vida por indicador

p. 94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I

Diferencia entre los grupos de edad para cada una de las variables dependiente.

p.74

Tabla II

Diferencia entre los grupos de profesión para cada una de las variables dependiente.

p.76

Tabla III

Diferencia entre los grupos de experiencia laboral para cada una de las variables dependiente.

p.77

Tabla IV

Asociación entre la satisfacción y la percepción de las áreas de la vida.

p.78

Tabla V

Asociación entre la satisfacción de las áreas de la vida y la satisfacción de las áreas de la vida por indicadores.

p.78

Tabla VI

Asociación entre la satisfacción de las áreas de la vida y la satisfacción general con la vida.

p.79

Tabla VII

Asociación entre la percepción de las áreas de la vida y la satisfacción de las áreas de la vida por indicadores.

P. 79

RESUMEN

En la presente investigación el objetivo general fue proponer un modelo de medición psicosocial de Calidad de Vida que integrara evaluaciones objetivas y apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial en un grupo de profesionistas de las Ciencias de la Salud, en donde se trabajó con una muestra total de 98 sujetos, de los cuales 49 eran médicos y 49 psicólogos de entre 30 y 55 años, dividiendo la edad en dos grupos: 1.- era el que contenía a los sujetos con edades entre 30 y 40 años y 2.- incluía a aquellos con 41 a 55 años de edad. Otra variable que se tomó en cuenta fue la experiencia laboral, la cual también se dividió en dos grupos: 1.- menos de 15 años de experiencia laboral y 2.- más de 15 años de experiencia laboral.

En este estudio se consideró a la Calidad de vida como la descripción subjetiva acerca de cómo se siente el individuo y cómo percibe su vida actual, además de ser complementada por la satisfacción y percepción que tuvieran los profesionistas de las Ciencias de la Salud con respecto a su vida actual y a las áreas de la vida. Las áreas de la vida que se estudiaron fueron: el área de familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud. Para poder medir la Calidad de Vida de los sujetos se utilizó una batería con cuatro instrumentos, los cuales midieron el Índice de Calidad de Vida, la satisfacción de las áreas de la vida y la percepción de las áreas de la vida. Encontrándose que el modelo propuesto para medir la calidad de Vida fue válido, ya que realmente midió el bienestar subjetivo, además de hallar diferencias en la satisfacción del área de familia y trabajo así como en la percepción del área de trabajo debido a la edad, siendo los sujetos de 30 a 40 años los más satisfechos y con una percepción más positiva. Asimismo en la experiencia laboral, los individuos con menos de 15 años de experiencia laboral fueron los que reportaron una percepción más positiva en relación a la área de trabajo. Por último

se puede decir que en los profesionistas de las Ciencias de la Salud, es decir en los médicos y psicólogos se observa que dentro de las áreas de la vida, las que cobran mayor importancia son el área de la familia, trabajo y vida social; ya que reportan tener mayor satisfacción y una mejor percepción acerca de ellas.

Por último es importante resaltar que el modelo de medición propuesto para la Calidad de Vida tiene como indicadores a la satisfacción general con la vida, la satisfacción con las áreas de la vida y la percepción de las áreas de la vida.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la Calidad de Vida ha llevado a que diferentes disciplinas de las ciencias sociales, económicas, políticas, de la salud y de la educación, entre otras, coincidan en un intento por definir los factores que determinan que una población o un grupo social particular tengan mejor Calidad de Vida que otro. A partir de esto se deriva el objetivo de la presente investigación, el cual fue, proponer un modelo de medición psicosocial de Calidad de Vida que integrará evaluaciones objetivas y apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial en un grupo de profesionistas de las Ciencias de la Salud, más en específico de 49 médicos y 49 psicólogos.

A lo largo de la historia el concepto de Calidad de Vida ha ido variando, en un principio sólo se consideraba como la salud personal y en los últimos años se asoció con los bienes materiales y vida social.

También es importante reconocer que muchos autores abarcan aspectos con referencia a la Calidad de Vida, recurriendo a varios conceptos como Modo de vida, nivel de vida, necesidades humanas, salud, etc. En ocasiones como sinónimos de Calidad de Vida o como componentes o determinantes de la Calidad de Vida. Dependiendo de los conceptos que cada autor retome para el estudio de la Calidad de Vida también dependerá el modelo de medición.

Últimamente se ha reconocido que el bienestar material y económico no lo es todo, debido a que en diversos foros se ha discutido que las variables objetivas de la Calidad de Vida, como lo son: el nivel de ingresos, la vivienda, el grado de escolaridad, o el estado de salud, si bien contribuyen a que los grupos sociales tengan mejores condiciones de vida, no necesariamente se garantiza mejor Calidad de Vida.

Por lo que surge el movimiento de indicadores subjetivos de la Calidad de Vida, y éstos hacen referencia a la medición subjetiva, a través de las apreciaciones de los sujetos sobre su propia vida.

El constructo Calidad de vida se conceptualiza como una medida multidimensional, compuesta por el bienestar subjetivo de los individuos, el cual tiene dos componentes, el afectivo que está relacionado con la felicidad, y el cognitivo asociado con la satisfacción en la vida. Es decir, las apreciaciones subjetivas del bienestar, están dadas por la percepción de la propia vida de los sujetos y en distintas áreas de la vida, así como el grado de satisfacción que le proporcionan éstas.

Otro ámbito dentro del estudio de la Calidad de Vida es el de las numerosas investigaciones, las cuales se han realizado con el fin de medir la Calidad de Vida en distintos ámbitos geográficos y para evaluar grupos específicos de la población.

Dentro de cómo se ha evaluado a la Calidad de Vida?, se encuentra el bienestar subjetivo, el cual es una actitud que incluye dos componentes básicos: la cognición y el afecto, Andrews y Robinson (1991). La evaluación del bienestar subjetivo se ha hecho con diferentes escalas y cuestionarios, que básicamente son: escalas de felicidad, escalas de satisfacción de ítems simples y escalas de bienestar subjetivo.

En esta investigación se midió la Calidad de Vida a través de una batería de 4 instrumentos que median satisfacción y percepción en las áreas de familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud. Encontrando que el grupo que tenía entre 30 y 40 años tienen una mayor satisfacción con respecto a las áreas de trabajo y una percepción más positiva en las áreas de familia y trabajo, así como la gente con menos de 15 años de experiencia laboral tienen una percepción más positiva acerca del área de trabajo. También se comprobó que el instrumento propuesto mide el bienestar subjetivo a través de la satisfacción y percepción, pudiéndose

decir que los sujetos con niveles altos de Calidad de Vida, reportan niveles altos de satisfacción y una percepción positiva.

Por último se encontró que para los sujetos de la muestra dentro de las cinco áreas de la vida que se contemplaron dentro de este estudio, las que cobraron mayor importancia fueron las áreas de familia, trabajo y vida social; ya que reportan tener mayor satisfacción y una mejor percepción acerca de ellas.

1. ENFOQUE HISTÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

En nuestros días es muy frecuente hablar de la calidad, una definición que brinda el diccionario para este término es el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de algún objeto o de una persona; como este concepto es tan genérico y extenso, se puede hablar desde la calidad de un producto hasta la Calidad de Vida que una persona puede llegar a tener. A partir de ésto, el estudio de la Calidad de Vida ha sido un tema de interés para muchas disciplinas y por varios años, a lo largo de su historia su concepto ha ido variando, por lo que se considera de suma importancia revisar los enfoques del concepto "Calidad de Vida".

El surgimiento del concepto de Calidad de Vida es un tema muy controversial y discutido por varios autores; por ejemplo Reimel y Muñoz (1990) plantean que el término fue popularizado en los años 50 por el economista norteamericano John K. Galbraith, a través de estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la Segunda Guerra Mundial, pero que encontraba sus antecedentes en la Sociología y la Psicología Social de los años '30, en estudios realizados en consumidores que buscaban el mejor sitio para residir, basándose en datos objetivos. Sin embargo existen otros autores que señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las Ciencias Médicas, para posteriormente expandirse a la Psicología y a la Sociología, adquiriendo términos tales como: felicidad y bienestar.

Por otro lado existen varios autores que coinciden en que el término de Calidad de Vida surge en la década de los '70, sin embargo su estudio data de décadas atrás encubierto en otros conceptos. Se podría considerar que la primera

asociación que a lo largo de la historia se realizó con el término de Calidad de Vida fue el de Salud, en las civilizaciones griegas, romanas y egipcias; con el cual las personas comenzaron a tener más cuidado al respecto de la higiene personal y sobre todo de la salud pública. Sin embargo, en la Edad Media se produce cierto abandono por lo personal y lo público, así como se provoca un cambio de conductas en relación con la higiene tanto privada como pública. En esta época el alcance que tuvieron las normas legales acerca de la salud pública fue muy limitado y de carácter local (contaminación de aguas, estado de los alimentos en el mercado alcantarillado, pavimentación y limpieza en las calles), (Grau, 1996).

Grau (1996) comenta que es a finales del siglo XVIII y principios del XIX cuando se genera al área del bienestar social el campo de la salud pública, en el cual comienzan a crearse legislaciones acerca de regulación del trabajo y descanso, de la enfermedad y los accidentes, de la maternidad, de la vejez y de la muerte. A la vez que se comienza a hablar de la salubridad, también se habla de la condiciones de trabajo, dieta, sistema alimentario, de tasas de mortalidad y esperanza de vida, de sistemas de escolarización, de estados de vivienda y de las ciudades, de las formas de vida de las distintas clases sociales (García Riaño, 1991; Piédrola, 1991; cit. en Grau, 1996 y Moreno, Ximenez, 1996).

Esto da pauta a que los derechos humanos se reconozcan, así como el derecho de los ciudadanos, con lo que la Calidad de Vida adquirió una expansión política y social.

Otros autores remontan las primeras contribuciones del término a teóricos de Filosofía y Ética. Así en los trabajos de Lenin (1976), Tolstoi (1960) y Frankl (1996) se ha usado este término, discutiendo los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento, pero sin desarrollar ni definir el concepto (Ferrell, Wisdom y Wenzl, 1989, cit. en Grau, 1996).

Para Veenhoven (1997) la raíz de la investigación de la Calidad de Vida, surge con el pensamiento generado por la época de la Ilustración, por el siglo XVIII, donde el propósito de la vida humana no era el servir al rey o a Dios, sino era la

vida por sí misma. En el siglo XIX la preocupación gira en torno a proporcionar una buena vida a los ciudadanos, y es a través de la creación de utilitarismo que se busca una mejor sociedad, en la cual era básico dar más felicidad a mayor número de ciudadanos. Mientras que en el siglo XX se plantea una reforma social por medio del Estado de Bienestar.

Un dato de suma importancia para el desarrollo que tuvo el rumbo de la Calidad de Vida durante un largo tiempo, fue el hecho de que a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial, con el establecimiento de estados parlamentarios y la instauración de la economía del mercado, la Calidad de Vida se asoció al desarrollo económico, a la instauración de un mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales (Grau, 1996).

Por su parte Setién (1993) considera que el origen de la expresión "Calidad de Vida" proviene de un fenómeno de conciencia. La conciencia de las consecuencias no deseadas por el desarrollo económico y la industrialización incontrolada fue lo que contribuyó a poner de moda a la Calidad de Vida.

Un claro ejemplo de ello, son los estudios que se realizaron con variables no económicas sino con variables sociales, políticas o institucionales. Entre ellos se encuentran precisamente los realizados por la *United Nations Research Institute for Social Development Unrisd*. Dicha organización elaboró un índice de niveles de vida, constituido por 18 indicadores:

- 1.- Esperanza de vida al nacer
- 2.- Población en localidades de 20.000 y más habitantes
- 3.- Consumo de proteínas animales por persona y día
- 4.- Escolaridad primaria y secundaria
- 5.- Escolaridad en formación profesional
- 6.- Número medio de personas por habitación
- 7.- Número de ejemplares de periódico en circulación por 1.000 habitantes
- 8.- Teléfonos por cada 10.000
- 9.- Receptores de radio por 1.000 habitantes
- 10.- Población económicamente activa en servicios
- 11.- Producción agrícola por obrero agrícola varón
- 12.- Trabajadores adultos en agricultura
- 13.- Consumo de electricidad por persona
- 14.- Consumo de acero por persona
- 15.- Consumo de energía por persona
- 16.- Producto Interno Bruto

(PIB) derivado de las manufacturas 17.- Comercio exterior 18.- Jornaleros y asalariados.

Con estos indicadores McGranahan (1970, cit en Casas, 1982) realiza un índice compuesto que consistió en identificar puntos de correspondencia entre indicadores individuales del desarrollo económico-social y el Producto Nacional Bruto (PNB) añadido por persona, considerado como medida convencional del desarrollo económico.

Lo que se encuentra a lo largo del paso del tiempo en relación al estudio de la Calidad de Vida, es que éste va tomando diversos matices, por ejemplo en la época de los 50's la Calidad de Vida fue estudiada básicamente con el nivel de vida de las personas o por las condiciones de vida que las personas tenían; al respecto Erikson (1996) comenta que ya en esta década era claro que el Producto Interno Bruto era una medida insuficiente para estimar el bienestar de los ciudadanos, así que en 1954, un grupo de expertos de las Naciones Unidas sugirió que debía basarse no sólo en las medidas monetarias, sino que las medidas del bienestar deberían fundamentarse en varios componentes diferentes, los cuales de manera conjunta conformaran el nivel de vida. La primera entrevista realizada al respecto la llevo a cabo Johansson en 1968.

Dicho investigador se cuestionaba varios aspectos acerca de cómo medir el bienestar, entre ellos se encontraban:

1. Si se debían tomar las necesidades o los recursos de los individuos.
2. Si la propia persona o un observador externo era el que debía juzgar el bienestar individual.
3. El tipo de indicadores que se debían emplear, la forma de cómo utilizarlos.
4. Cómo se podían proporcionar las descripciones pertinentes.
5. Y por último la forma en que se podía dar una imagen general del bienestar del individuo.

A continuación se mencionan los componentes y algunos de los indicadores que se utilizaron en la entrevista sueca sobre el nivel de vida, realizada en 1968:

Capítulo I

Componentes

1. Salud y acceso al cuidado de la salud
2. Empleo y condiciones de trabajo
3. Recursos económicos
4. Educación y capacitación
5. Familia e integración social
6. Vivienda
7. Seguridad de la vida y de la propiedad
8. Recreación y cultura
9. Recursos políticos

Ferráez Pérez Marinca Gabriela

Indicadores

Habilidad para caminar 100 metros, varios síntomas de enfermedad, contacto con enfermeras y doctores.

Experiencias de desempleo, exigencias físicas del trabajo, posibilidad de salir del lugar de trabajo durante las horas laborales.

Ingreso y riqueza, propiedad, habilidad para cubrir gastos inesperados de hasta 1000 dólares en una semana.

Años de educación, nivel de educación alcanzado.

Estado civil, relaciones con amigos y parientes.

Número de personas por habitación, comodidad.

Exposición a la violencia y robos.

Actividades en el tiempo libre, viajes de vacaciones.

Votar en las elecciones, ser miembro de sindicatos y partidos políticos, habilidad para presentar quejas.

Otro estudio pionero en relación al estudio sobre el nivel de la Calidad de Vida, es el que se realizó en 1972 por el Grupo de Investigación de Sociología Comparada de la Universidad de Helsinki, en todos los países escandinavos. Este estudio sobre el bienestar es de suma importancia, ya que brindó un sistema más abarcador de indicadores para describir el nivel y la Calidad de Vida. Los pilares de esta investigación son las necesidades básicas, sin las cuales los seres humanos no pueden sobrevivir, tales como: evitar la miseria, relacionarse con otras personas y evitar el aislamiento. Tener, amar y ser son las palabras de efecto que los investigadores utilizaron para denominar las condiciones necesarias centrales de desarrollo y la existencia humana.

El tener se refiere a las condiciones materiales que son necesarias para la supervivencia y para evitar la miseria. Sus indicadores son:

- los recursos económicos,
- las condiciones de vivienda,
- el empleo,
- las condiciones de trabajo,
- la salud,
- la educación.

El amar se refiere a la necesidad de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales. El nivel de satisfacción de la necesidad se evaluó con medidas que indican:

- el arraigo y los contactos con la comunidad local,
- el apego a la familia y a los parientes,
- patrones activos de amistad.
- relaciones y contacto con compañeros miembros en asociaciones y organizaciones,
- relaciones con los compañeros de trabajo.

Por último, el ser se refiere a la necesidad de integrarse a la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza y sus indicadores son:

- hasta donde una persona participa en las decisiones y actividades que influyen en su vida,
- las actividades políticas,
- las oportunidades para realizar actividades recreativas,
- las oportunidades de una vida significativa en el trabajo,
- las oportunidades de disfrutar de la naturaleza, ya sea mediante la contemplación o por medio de actividades como el paseo, la jardinería y la pesca.

Lo que se observa a lo largo del tiempo que se tiene estudiando a la Calidad de Vida, se puede reflejar perfectamente en los dos estudios que con anterioridad se describieron, en los cuales se observa el gran avance que se tuvo en relación a los indicadores que manejaron para medir la Calidad de Vida. En el primer estudio se resaltan los indicadores políticos y económicos mientras que en el segundo se enfatiza con mayor interés los indicadores sociales y los aspectos personales. Al respecto Blanco (1985), Moreno y Ximenez (1996) mencionan que recientemente se ha reconocido que el bienestar material y económico no coincide con el bienestar subjetivo, la satisfacción y el sentimiento de felicidad.

El enfoque de los estudios sociales, centrado en el "crecimiento" en los años 50's, y en la "distribución" en los años 60's, focalizó el énfasis en la calidad, con la expansión de los trabajos sobre Calidad de Vida durante los años 70's y 80's (Batista-Foguet, Artés, 1994). Además de que en 1974 la aparición de la publicación *Social Indicators Research* marcó un giro en el estudio científico de la Calidad de Vida. A partir de ahí, en los últimos veinte años han aparecido un promedio de 1,100 nuevas publicaciones anualmente centradas en Calidad de Vida y bienestar (Michalos, 1992).

Por último y de manera general se puede decir que la trayectoria que ha tenido el estudio de la Calidad de Vida, ha sido muy variado y amplio, el cual se ha transformado a través de las épocas y circunstancias que en dichas etapas han sido los factores primordiales, a manera de resumen se podría hablar de la salud de las personas, de la importancia de bienes materiales y por último de la

satisfacción y felicidad con uno mismo y con las áreas de la vida; pero a fin de cuentas toda la motivación de estudiar la Calidad de Vida, refleja el interés que se ha creado por tratar de humanizar a la sociedad y la importante tarea de volver a colocar en el centro al ser humano. También se puede hablar de todas las formas que han abordado la Calidad de Vida, la cual puede ir desde la utilización de indicadores objetivos hasta los indicadores subjetivos, tema que se explicará con mayor amplitud en el quinto capítulo.

2. APROXIMACIONES CONCEPTUALES DE CALIDAD DE VIDA

Como se mencionó en el capítulo anterior, la Calidad de Vida ha sido estudiada por varias décadas y desde las perspectivas de diferentes disciplinas, tales como la Medicina, Economía, Política, Sociología, Psicología y Filosofía, todas ellas imprimiendo y plasmando en el concepto diferentes variables relacionadas con su áreas en específico.

Grau (1996) comenta que el estudio de la Calidad de Vida constituye un terreno donde varios especialistas aportan sus enfoques, por ejemplo: los ambientalistas han situado el énfasis en los tributos y condiciones del entorno físico y biológico, los economistas en medidas tales como el Producto Nacional Bruto (PNB), los médicos en los síntomas y signos de bienestar - malestar o salud - enfermedad, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción.

Por lo cual a pesar de que se han realizado diversos estudios sobre la Calidad de Vida, su concepto no ha sido debidamente definido, además de no existir acuerdos en relación a lo que lo constituyen.

A pesar de que actualmente no existe una definición única ya establecida para la Calidad de Vida, todas las aproximaciones se centran en las medidas objetivas de bienes materiales con los que cuenta la población y una parte se ocupa de una manera u otra de la satisfacción, la felicidad, el sentido de bienestar y la salud.

A continuación se expondrán algunas de las conceptualizaciones sobre Calidad de Vida, de diferentes autores para obtener un panorama más amplio sobre la complejidad y la dificultad a la cual se enfrenta el término para ser estudiado.

Al respecto Brock (1996) comenta que a la Calidad de Vida se le puede dar un número de interpretaciones más o menos amplias, según lo que abarquen los factores evaluativos con respecto a la vida de una persona, que se consideren incluidos en ella.

Continuando con el mismo lineamiento acerca de la problemática generada alrededor de la definición de la Calidad de Vida, Palomar (1996) comenta que en un tiempo, lugar y sociedad dado, las necesidades son culturalmente definidas, es por ello que la Calidad de Vida es muy relativa y valuativa y lo que es benéfico para un grupo de gente puede ir en detrimento de otro.

Al respecto Olsen y Merwin, (1977); Headey, Holmstrom y Wearing (1984) afirman que lo que contribuye a la Calidad de Vida para una población está determinado por ella, por lo cual los estudios sobre Calidad de Vida de determinadas personas o determinado lugar geográfico debe estar basado en su propia concepción de bienestar.

Por otra parte Levi y Anderson (1980) dicen que la Calidad de Vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo además de felicidad, satisfacción y recompensa. Dicha medida es un componente de la satisfacción en la vida, que incluye áreas como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación económica, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competitividad, pertenencia y confianza en otros.

Para Leelakuithain y Day (1992) la vida es un constructo general que puede ser visto como compuesto de varios campos específicos, por tanto, cuando alguien dice estar satisfecho con su vida, se está refiriendo a algo en concreto, es feliz como resultado de su acumulación de momentos felices, conceptualizando así, a la Calidad de Vida como la felicidad que produce la satisfacción en estas áreas de vida.

Shin y Johnson (1978) proponen que la Calidad de Vida es la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás. Aspectos dependientes todos del conocimiento y la experiencia previa del sujeto.

Allardt (1975), define la Calidad de Vida en términos de necesidades agrupadas en tres categorías: "tener", necesidades que satisfacen con recursos materiales; "amor", necesidades de amor, amistad y solidaridad, y "ser" que, incluye necesidades de autorrealización.

Para Pullium (1989), la Calidad de Vida es un constructo que tiene distintos componentes:

a) bienestar material, b) relaciones familiares, c) salud familiar, d) educación de los hijos y e) variables de personalidad.

Day (1987) distingue trece áreas de actividades que tienen relación con la Calidad de Vida: vida familiar, vida laboral, vida social, placer y / o recreación, salud personal, cuidados en relación a la salud, consumo de bienes y servicios, posesiones materiales, *self*, vida espiritual, vida dentro del país, relación con el gobierno federal y relación con el gobierno local o estatal.

En resumen, la satisfacción en la vida está determinada por el grado de satisfacción en estas trece áreas, las cuales están caracterizadas por varias actividades en específico.

Por su parte Flanagan (1978) afirma que la Calidad de Vida está constituida por quince componentes: 1) bienestar económico 2) bienestar físico y salud, 3) relaciones con parientes 4) tener y criar hijos 5) relaciones de pareja 6) amigos cercanos 7) actividades cívicas 8) actividades políticas 9) desarrollo personal 10) conocimiento personal 11) trabajo 12) expresión personal y creatividad 13) socialización 14) actividades de recreación pasiva 15) actividades de recreación activa.

Así como existen autores que consideran que la Calidad de Vida tiene que ver con cada una de las áreas de la vida, Horley y Little (1985) opinan que la Calidad de Vida es el grado percibido de excelencia, de la vida en general.

Naess (1974, 1979; cit. en Setién, 1993) ha desarrollado el concepto de "Calidad de Vida interior". Considera que la calidad de vida interior de una persona es más alta cuanto: 1. más activa es, 2. tiene mayor autoestima, 3. tiene una relación

mutua y estrecha y un sentido del nosotros y 4. siente una sensación básica de alegría.

Galtung (1979, cit. en Setién 1993) tiene una visión sobre la Calidad de Vida, que se centra en las necesidades humanas y en su satisfacción, susceptible de ser desglosada en aspectos como el nivel de satisfacción, la distribución y estructura de la satisfacción, así como la ecología de la satisfacción de las necesidades.

Abrams y Hall (1973 y 1976, op. cit. 1993) definen la Calidad de Vida como una función de la satisfacción que experimentan los individuos; para medirla señalan la necesidad de inclinarse hacia indicadores sociales subjetivos y hacia los problemas de cuantificación de los estados mentales.

Para Puente y Legorreta (1988) el concepto de Calidad de Vida tiene como referente central al individuo, teniendo dos aspectos fundamentales: la salud psicosomática y el sentimiento de satisfacción. Ambas representan elementos subjetivos para su evaluación; sin embargo la salud se relaciona más directamente con la cobertura de las necesidades esenciales que tiene un significado muy genérico, en tanto que la satisfacción fundamentalmente de factores ligados con la cobertura de los deseos y aspiraciones tienen un carácter altamente subjetivo.

Asimismo también es importante recalcar que durante esta revisión teórica, surge un nuevo problema acerca de las diferencias entre los conceptos, las cuales se refieren a los elementos subjetivos y objetivos; por ejemplo la satisfacción que casi siempre se liga a los factores de deseos, aspiraciones y percepciones, tiene un carácter altamente subjetivo.

Al respecto Grau (1996) comenta que cada sujeto realiza una valoración de su Calidad de Vida, basada en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, las expectativas, los grupos de referencia, los valores personales, las actitudes y las necesidades, entre otros aspectos de naturaleza psicosocial.

Por su parte Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban (1982) han definido la Calidad de Vida como el conjunto de valoraciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual.

Andrews y Whitey (1976) insisten que la Calidad de Vida no es un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino la evaluación que cada individuo realiza de ella.

Un aspecto a considerar dentro de la definición acerca de la Calidad de Vida es el de su propia naturaleza, la cual se ha ejemplificado a lo largo del capítulo; es decir algunos autores en sus definiciones se refieren explícitamente a su naturaleza subjetiva, mientras que otros se refieren a situaciones objetivas.

Campbell, Converse y Rodgers (1976) mencionan que la Calidad de Vida es una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero nadie sabe exactamente de qué se trata.

La Agencia para Protección del Medio Ambiente de Estados Unidos, resume en el informe final de un simposio sobre el concepto de Calidad de Vida: "La Calidad de Vida es un nuevo nombre para una vieja noción, se refiere al bienestar de la gente, principalmente en grupos, pero también como individuos; así como al bienestar del medio ambiente en el cual esa gente vive". (US *Environmental Protection Agency*, 1973, cit. en Setién, 1993)

Por último se mencionará la definición de Calidad de Vida que aporta Setién (1993), quien comenta que hoy por hoy existen indefiniciones sobre la Calidad de Vida y que más bien la Calidad de Vida forma parte de una familia de conceptos que tratan de acercarse al bienestar humano, tales como: modo de vida, nivel de vida, condiciones de vida y satisfacción.

A lo largo de todas las definiciones que se mencionaron en este capítulo, se encuentra que los autores que han tratado de definir a la Calidad de Vida, la ubican como:

- la satisfacción de necesidades y deseos,

- Calidad de Vida por áreas,
- Calidad de Vida en la vida de manera general,
- la sensación de satisfacción,
- evaluación del propio sujeto de su vida (cognición),
- indefiniciones solamente.

Por ello se considera importante decir que los elementos económicos y el bienestar son esenciales; pero no son los únicos determinantes de la Calidad de Vida, de manera general se podría decir que el concepto de la Calidad de Vida es tan complejo, que casi es imposible llegar a considerar una definición completa y precisa, para lo cual se comenta que más que dar una definición acerca de la Calidad de Vida, se podría explicar que la Calidad de Vida tiene un indicador, el cual es el bienestar subjetivo, éste a su vez se divide en dos componentes: el afectivo y el cognitivo. En el primer componente, el cual es el afectivo se ubica a la felicidad mientras que por parte del componente cognitivo se encuentra la satisfacción.

3. CONCEPTOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA

Como se mencionó con anterioridad, los investigadores que han estudiado a la Calidad de Vida a lo largo de los años y quienes han dejado una importante trayectoria, han utilizado varios conceptos para denominarla, en ocasiones utilizándolos como sinónimos o como conceptos asociados e inclusive como componentes característicos de la Calidad de Vida, entre los conceptos que se han utilizado con mayor frecuencia, se encuentran el modo de vida, el nivel de vida, la salud y las necesidades humanas.

Dentro de los conceptos asociados a la Calidad de Vida se encuentra el mencionado por Bliss (1996), **estándar de vida**, al cual define como todo aquello que una persona quiere tener. Sin embargo comenta que alejarse demasiado del uso común puede causar confusión. Quizá sea inconveniente que los economistas y el uso popular, hayan subordinado el término estándar de vida a un significado económico limitado. Ya que lo han hecho así, probablemente sería más conveniente inventar un nuevo término si se tiene la intención de darle un significado diferente. Para este autor la Calidad de Vida ya desempeña ese papel. Por su parte Sen (1996) argumenta que el **estándar de vida** debe abarcar todos los aspectos de la Calidad de Vida.

Otro concepto también relacionado a la Calidad de Vida es el **estilo de vida**, el cual implica tanto un conjunto de consumo como las preferencias. Este término se relacionó a la Calidad de Vida cuando los economistas consideraron que lo único que giraba alrededor de la Calidad de Vida tenía que ser en cuestión monetaria, a lo cual Bliss (1996) menciona que se podría explicar este fenómeno si se caracteriza, al estilo de vida occidental como adquisitivo y consumista, con un énfasis en el trabajo como una actividad valiosa y satisfactoria, por lo cual el estilo de vida está estrechamente relacionado con la productividad de la economía. Es

importante considerar que los estilos de vida son modificables, los cambios se pueden generar de forma gradual o abruptamente, así como pueden ser decisiones conscientes de seguir otro estilo de vida o se derivan involuntariamente de otras decisiones.

El estilo de vida comenta Bliss (1996) puede ser transformado a la fuerza, debido a cambios en los precios y en el ambiente, se llega a un punto en que el conjunto de consumo existente ya no puede obtenerse.

Sin embargo los conceptos que se han relacionado con mayor frecuencia con la Calidad de Vida son: el nivel de vida, modo de vida y las necesidades humanas.

3.1) Nivel de vida

Con respecto al nivel de vida, Chávez (1994) menciona que después de la Segunda Guerra Mundial, las Naciones Unidas señalaron que el bienestar social se centra en el concepto de calidad y nivel de vida de la población. Considerando al nivel de vida como la unidad de análisis para el bienestar social. Los indicadores que se han utilizado para valorar y evaluar dicho bienestar son: a) El nivel de vida y b) La satisfacción de las necesidades sociales.

Para Chávez (1994) el nivel de vida expresa el grado y condiciones de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas que goza una persona, una familia, un grupo y/o una clase social. En opinión de este autor en las ciencias sociales la expresión se utiliza para hacer referencia a las condiciones reales de vida de una población, diferenciándola del término estándar de vida, que designa aspiraciones, esperanzas e ideas en lo que concierne a las condiciones de vida que se consideran convenientes según fines determinados. Asimismo considera que el nivel de vida debe estudiarse en sus múltiples aspectos y por medio del análisis de diversos componentes: salud, nutrición, educación, etc. Expresadas mediante el empleo de diversos indicadores, por ejemplo: tasa de esperanza de vida, índice de mortalidad, etc.

“El nivel de vida es una medida del flujo de bienestar, cuyas ventajas radican en que sus componentes miden con mayor efectividad el nivel de bienestar de la población, así como los niveles para la satisfacción de las necesidades, su valoración real, una medición de flujo y de la pertinencia de los indicadores” (Chávez, op. cit. p. 28).

Por otra parte García y Lima (1985) consideran que el nivel de vida constituye la base material de la existencia cotidiana; lo que permite juzgar la presencia o ausencia de las condiciones “primarias” que se requieren, para satisfacer las múltiples necesidades del hombre, desde las elementales: alimentación, vestido, vivienda, salud, hasta las superiores: trabajo, enriquecimiento cultural y espiritual. Johansson (1970, cit. en Setién, 1993) ha desarrollado una visión del nivel de vida en la cual los recursos son el elemento central de la Calidad de Vida. Definiendo al nivel de vida como el dominio del individuo sobre los recursos de tipo monetario, propiedad, conocimiento, energía física y psicológica, relaciones sociales, seguridad, etc. Por medio de los cuales puede controlar y dirigir sus condiciones de vida. Así el nivel de vida queda definido como la capacidad del individuo para disponer de recursos de todo tipo: económicos, políticos, sociales, físicos, educativo, entre otras.

Knox (1974, cit. en Setién, 1993) señala que el nivel de vida se define por series de siete componentes, cada una de las cuales representa una clase de necesidad humana distinta, la satisfacción de las cuales se mide por uno o más indicadores. Los componentes son: nutrición, salud, vivienda, educación, ocio, seguridad, excedente de renta tras satisfacer las necesidades básicas. Para este autor, los indicadores antes mencionados representan los denominadores comunes del nivel de vida.

Por último Erikson (1996) comenta que la primera definición de nivel de vida que se dio en la discusión del concepto en relación a la encuesta realizada en Suecia en 1968, fue: *“el nivel de vida es el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones*

sociales, seguridad y otros por medio de los cuales el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida." (p.107).

Este autor menciona que para juzgar el nivel de vida de una persona o grupo se deben conocer sus recursos y condiciones en varios aspectos, que no son transferibles entre sí. Por ejemplo tener conocimientos de las condiciones económicas no es suficiente, también se debe tener información sobre la salud, condiciones de trabajo, etc., para determinar el nivel de vida.

Erikson (1996) considera que el nivel de vida se puede basar en las necesidades o en los recursos, a lo cual comenta que si se decide que las necesidades son lo más importante, entonces lo que interesa es "el grado de satisfacción de las necesidades"; pero si se da mayor importancia a los recursos, entonces lo que interesa es más bien la capacidad del hombre para satisfacer esas necesidades, expresado más generalmente, para "controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida".

3.2) Modo de vida

El modo de vida para García y Lima (1985) se relaciona con un aspecto del modo de producción, de tal forma que se le atribuye un papel cualitativo, describiéndolo como el modo por el cual los miembros de la sociedad en general utilizan y desarrollan las condiciones de vida.

Por su parte Setién (1993) señala que para definir el modo de vida es a través de las formas de actividad vital de los hombres, como expresión específica de procesos concretos (trabajo, actividad psicopolítica, de la unidad familiar, el tiempo libre) lo cual no contradice, sino que complementa a la definición de condiciones de vida como la materialización (soporte y niveles físicos de bienestar) de estos procesos.

El concepto de modo de vida, de muy amplia significación, tiene los aspectos cuantitativos y cualitativos mutuamente relacionados. Si el aspecto cuantitativo de vida se expresa, fundamentalmente, en determinado sistema de exponentes de

bienestar material, el aspecto cualitativo se expresa ante todo, en el grado de libertad social, en las condiciones de desarrollo del individuo, en sus valores espirituales y culturales. (García y Lima, 1985)

De manera general se puede decir que el concepto de modo de vida posee rasgos generales de la forma de vivir del hombre en una sociedad, su lugar en el sistema de relaciones sociales y las posibilidades creadas por el régimen social en cuestión para la actividad humana, es decir, toma en cuenta el modo en que vive el hombre.

3.3) Necesidades humanas

Las necesidades constituyen el principal eslabón de enlace en la correlación entre el nivel de vida y el modo de vida.

García y Lima (1985) señalan que la producción de la fuerza de trabajo en particular y de la población en general, requiere de un conjunto de bienes materiales y espirituales que constituyen las necesidades vitales (necesidades humanas).

Las necesidades están estrechamente vinculadas al hombre, en el sentido de que sólo la esencia humana puede desarrollar necesidades que expresan una relación del hombre con la naturaleza y entre los propios hombres. De tal forma que cuando se habla de necesidades humanas, se trata siempre de necesidades socialmente determinadas, portadoras de un carácter histórico, cuyo desarrollo, estructura y forma de satisfacción estará dado por el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas.

Por su parte Chávez (1994) comenta que la satisfacción de las necesidades básicas significa "el cumplimiento mínimo de las exigencias de una familia en cuanto al consumo de las personas que la componen: alimentos, vivienda, vestido, servicios públicos, higiénicos, sanitarios y de trabajo debidamente retribuidos". Argumentando que las necesidades básicas se dividen en:

- Niveles mínimos de consumo privado familiar (alimentación, vivienda, vestido, mobiliario, equipo doméstico).
- Las necesidades sociales que satisface el Estado por medio del gasto público (agua, drenaje, servicios urbanos, salud, educación, energía eléctrica, transporte público).

La autora también brinda otra clasificación acerca de las necesidades humanas, en:

- * Primarias. Como conjunto de necesidades relacionadas con la sobrevivencia del ser humano, como son: alimentación, salud, educación, seguridad social, seguridad en el trabajo.
- * Secundarias. Entendidas como aquellas relacionadas con el conjunto de aspiraciones y deseos del hombre.

En relación a esto, García y Lima (1985) opinan que desde el punto de vista psicológico, la necesidad es la vivencia de un déficit o carencia de algo, que incita a buscar en el medio exterior de los bienes que lo satisfagan. Por otro lado se puede decir que la actividad del ser humano está dirigida a satisfacer sus necesidades.

Las necesidades materiales y espirituales de los individuos reflejan por un lado, el medio natural y social que los rodea y por otra parte, las necesidades tienen formas subjetivas de manifestarse que estriban en el manejo más o menos diferencial de las múltiples relaciones sociales en la conciencia de las clases y capas que integran la población.

Este aspecto subjetivo se expresa en las aspiraciones y deseos de los individuos por determinados objetos y formas de vida, condicionados por las costumbres y tradiciones, entre otras cosas.

Allardt (1996) por su parte comenta que un enfoque sobre las necesidades básicas se concentra en las condiciones sin las cuales los seres humanos no pueden sobrevivir: evitar la miseria, relacionarse con otras personas y evitar el aislamiento. Tener, amar y ser son las palabras de efecto para llamar la atención

sobre las condiciones necesarias centrales para el desarrollo y la existencia humana.

Lo que se tiene en común dentro de las necesidades humanas, es la importancia que juega el núcleo social y el aspecto psicológico para determinarlas, así como es importante tener muy claro que aparte de las necesidades básicas existen los deseos y aspiraciones de los individuos, los cuales tiene un peso enorme para el bienestar personal.

3.4) Salud

Brock (1996) considera que es necesario observar más ampliamente temas y áreas de investigación que con frecuencia no se ocupan explícitamente de la Calidad de Vida y que, sin embargo, tienen una importante influencia sobre ella, tal como lo es la ética médica. Al parecer no suele ocuparse explícitamente en el área médica el concepto Calidad de Vida, sino que emplean otros conceptos que están estrechamente relacionados con ella o que en contexto son más o menos equivalentes. A veces se emplea el concepto de "Salud", en particular en sus interpretaciones más amplias, como lo ejemplifica la definición que hace la Organización Mundial de la Salud, como un estado total de bienestar físico, mental y social.

Hay quienes consideran que el concepto de salud está determinado social y culturalmente por la evolución del ser humano y que el estado de "bienestar" es variable en relación con los bienes de producción y las estructuras de poder (Avila, 1984; Ortiz, 1991).

También la identifican con el carácter subjetivo o individual del concepto: *"Una persona determina que está enferma, o que ha perdido salud, cuando juzga que hay algo indeseable, más allá de la multitud de pequeñas molestias cotidianas causadas por problemas menores, cuyos síntomas a menudo no se asocian con la percepción de enfermedad"*. (Vandale, Rodríguez, Laguna y López, 1984 P.154).

Yanquelevich y Méndez (1986, p. 149) vinculan la conceptualización de salud con aspectos estadísticos y la definen como *"un complejo fenómeno de población, cuya dinámica se ve afectada tanto por factores biológicos como por los de estructura socioeconómica"*.

El término salud tiene conceptos asociados, tales como: salud mental y salud ambiental, los cuales son de suma importancia para considerar de manera más global el concepto de salud.

Algunos autores proponen los siguientes indicadores generales para medir la salud mental: el consumo de psicofármacos; los informes clínicos de los enfermos que reciben servicios profesionales; el recuento de los alcohólicos y otros farmacodependientes que buscan ayuda; el análisis de los registros civiles con respecto a homicidios, suicidios y otros tipos de violencia.

De ahí que De la Fuente (1992, cit. en Waldegg 1995) defina a la salud mental como un aspecto de salud integral e inseparable del resto. No es únicamente la ausencia de enfermedades y trastornos, sino el desarrollo óptimo de las potencialidades para la vida.

Hay otros autores que destacan la polisemia del concepto salud mental y los problemas para definirlo. Entre ellos está Guinsberg (1990) quien propone reemplazarlo por "grado de conflicto psíquico". El concepto de salud mental permitiría acuerdos más definidos en la búsqueda de mejor calidad de vida.

Por último se habla de la Salud Ambiental, la cual según De la Fuente (1992), *"la causa de muchos problema de salud no sólo se encuentra en el conflicto entre nuestra biología y la naturaleza, sino entre nuestra biología, nuestra psicología y la estructura y organización de nuestra sociedad"* (P.169).

López et al. (1897, cit. en Waldegg 1995) sitúan a la salud ambiental como un componente restringido del campo más amplio de salud pública y la definen *"en sentido estricto (como) la parte de la salud pública que se ocupa de las formas de vida, las substancias, las fuerzas y condiciones del entorno del hombre que pueden ejercer una influencia sobre su salud y su bienestar"* (P.15).

Para finalizar Brock (1996) menciona que a la Calidad de Vida se le puede dar un número de interpretaciones más o menos amplias, según lo que abarquen los factores evaluativos con respecto a la vida de una persona, que se consideren incluidos en ella. La medicina y el cuidado de la salud con frecuencia afectan la vida de una persona sólo en áreas o aspectos limitados. A pesar de ello, lo que interesa es lo que en palabras de Derek Parfit, sería "lo que hace que una vida sea mejor", a lo que Brock considera que la medicina y el cuidado de la salud pueden afectar más aspectos de ese problema de lo que pudo creerse inicialmente. Por lo cual, comenta que ningún concepto es del todo apto, o ampliamente aceptado, utilizando el concepto de una "buena vida" para referirse a la Calidad de Vida de las personas en su sentido más amplio.

4. MODELOS DE MEDICIÓN RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA

La Calidad de Vida se ha utilizado para evaluar las condiciones de vida de la población en general, empleando modelos que miden o valoran el grado de bienestar.

Al respecto han surgido muchas preguntas, como: ¿qué tipo de circunstancias proporcionan buenas condiciones para vivir?, ¿qué hace que una vida sea buena para la persona que la vive?, ¿qué hace que una vida sea valiosa? o ¿qué hace que la vida de una persona sea mejor? A estas preguntas hay varias respuestas y diversas formas de resolverlas, entre ellas se encuentran los modelos y teorías que se han realizado para dar una respuesta. Pero antes de mencionar los modelos que se han desarrollado para este fin, es pertinente considerar que se entiende por bienestar a la sensación de placer que experimenta el individuo o la población cuando han sido satisfechas sus necesidades de salud.

Sin embargo existe dos definiciones más acerca del bienestar, las cuales amplían dicho concepto:

* "Bienestar psicológico, el cual se refiere a la sensación de placer que experimenta el individuo o la población cuando han sido satisfechas sus necesidades de salud en la esfera mental y afectiva".

* "Bienestar social, que hace mención a la sensación de placer que experimenta el individuo o la población cuando ha sido satisfechas sus necesidades de salud en las esferas económica, educativa, laboral, habitacional, política, religiosa y cultural".

(Modelo moderno de atención a la Salud en la Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social, Abril de 1993 p. 63-93)

En la primera mitad de este siglo, la Calidad de Vida en las naciones se ha medido a través de los niveles de vida material. Mientras más alto sea el nivel de

un país, se supone que mejor vida tienen los ciudadanos. De tal suerte, que calidad de Vida se relaciona comúnmente con medidas económicas como el Producto Interno Bruto (PIB), incluso para algunos economistas, la prosperidad de una nación, radica en el crecimiento económico. La Calidad de Vida alcanzada por un determinado país, está en función de la cantidad de recursos económicos disponibles, el bienestar, es sinónimo de bienestar económico, y la demanda y el consumo de bienes y servicios proporciona tal bienestar, de ahí se deriva el concepto de Economía del Bienestar. Sin embargo, la riqueza de los pueblos no incrementa la Calidad de Vida de los mismo (Diener, Suh, Smith y Shao, 1995). En un estudio transcultural que incluía el análisis de 101 naciones, realizado por Diener y Diener (1995) se empleó como medida de la Calidad de Vida al bienestar subjetivo, y se encontró que las variables de Calidad de Vida no se relacionaron con la riqueza de una nación.

Asimismo, el término Geografía del Bienestar, también está relacionado al bienestar desde el enfoque económico e incluso social y hace hincapié que es necesario examinar el impacto de los recursos de un país sobre la vida de sus habitantes (Casas, 1982).

Existen dos puntos de vista sobre el estado de bienestar, el positivo y el negativo. El positivo, se refiere a que si éste mejora la Calidad de Vida para la gente de naciones ricas, mientras que en las naciones pobres, protege a las personas y reduce la desigualdad social; y el negativo, habla acerca de que la gente crece y se desarrolla independientemente del estado de bienestar. Al respecto Veenhoven y Ouweneel (1995) evaluaron datos de 97 naciones concluyendo que la satisfacción con la vida no incrementó más en las naciones donde se presumía existía un mejor estado de bienestar.

Así como hay una visión alrededor de que la Calidad de Vida está estrechamente relacionada con el bienestar económico, existe otra visión que gira entorno al bienestar social, al respecto Chávez (1991) lo define como las leyes, programas, políticas, acciones y servicios que se establecen para asegurar, mejorar,

robustecer, la provisión de todo aquello que se considera necesidades básicas y no básicas tendientes a lograr el bien humano y social. Asimismo comenta que para lograr valorar el grado de bienestar social de un pueblo o país, se han elaborado diversos indicadores que permiten diagnosticar las condiciones de vida de un pueblo. Es necesario, para determinar el bienestar social, considerar los indicadores generales en dos grupos:

- a) los que comprenden todos los aspectos de carácter objetivo, mesurables cuantitativamente,
- b) los aspectos de carácter subjetivo, apreciables cualitativamente.

Con esta base, se han desarrollado diversos modelos para poder valorar el grado de bienestar social (Chávez, 1991).

4.1) Modelo de nivel de vida de Pusic.

Para este autor es necesario que se defina el nivel de vida considerando los siguientes indicadores:

1. Mejoramiento del ingreso real familiar.
2. Decrecimiento de las tasas de mortalidad y mejoramiento de los niveles de salud.
3. Reducción progresiva de las enfermedades infantiles.
4. Mejoría de la nutrición.
5. Extensión de la tasa expectativa de vida.
6. Reducción del analfabetismo.
7. Reducción de las tasas de desocupación.
8. Reducción de las condiciones de hacinamiento urbano.
9. Logro de condiciones generales de seguridad en áreas comunes de riesgo de vida (accidente, muerte del padre, vejez, invalidez, enfermedades crónicas y hereditarias).
10. Mejora en las condiciones de trabajo.

11. Mejora en la calidad de servicios sociales.
12. Aumento del producto nacional bruto *per cápita*.
13. Aumento de la productividad y de las condiciones de trabajo.
14. Aumento del salario real *per cápita*.

4.2) Modelo de Erik Allardt.

Este modelo considera la relación entre el bienestar y la satisfacción de necesidades. El bienestar en función de los recursos disponibles para la satisfacción de las necesidades individuales. El grado de satisfacción se encuentra condicionado por:

- a) Los recursos disponibles que el individuo posee.
- b) Los recursos disponibles de tipo social y para toda la sociedad.

Mismos que están relacionados con los valores de tener, amar y ser.

4.3) Modelo de vulnerabilidad social de Etes y Morgan.

Este modelo se basa en el concepto de vulnerabilidad social, considera ésta como la relación negativa entre necesidades y recursos. La vulnerabilidad existe cuando las aspiraciones y necesidades humanas no pueden ser satisfechas con los medios al alcance de una sociedad determinada.

Conceptualmente los autores, agrupan los indicadores de vulnerabilidad social en seis áreas de contenido político social.

1. La filosofía social, prevaleciente en cada sociedad nacional.
2. Los niveles de necesidades y expectativas públicas.
3. Los niveles de recursos sociales, incluyendo los servicios de bienestar.
4. Las fuerzas sociales que contribuyen a la consolidación o debilitamiento de instituciones básicas como la familia.
5. El grado de estabilidad política de la sociedad nacional.
6. La presencia de fuerzas culturales que generan conflictos intergrupales y destruyen tradiciones históricas, creencias y costumbres.

En este modelo, el factor económico pierde propiedades dominantes y se reduce a una variable que inhibe o fomenta el bienestar social.

Los autores señalan que la política social trata, por medio de la planificación y el desarrollo del bienestar social, de compensar las limitaciones sociales, originadas ya sea por deficiencias estructurales de recursos o por políticas públicas y sociales negativas.

4.4) Modelo del Índice de la Calidad Física de Vida.

Este modelo excluye variables subjetivas, es objetivo y cuantitativo. El Índice de Calidad Física de Vida es una medida compuesta y simple que sólo contempla tres indicadores:

- a) Expectativa de vida
- b) Mortalidad infantil
- c) Alfabetización

Es un método de evaluación cuantitativa, evita depender de criterios monetarios y tecnológico-desarrollistas.

No señala especificaciones de cómo lograr o medir los indicadores que presenta, sólo subraya la necesidad de los seres humanos a prolongar su existencia, mejorar su salud, sus condiciones de cultura y sus oportunidades.

4.5) Indicadores sociológicos del nivel de vida.

- 1.- Ingreso familiar.
- 2.- Tasa de mortalidad
- 3.- Mejoramiento de los niveles de salud.
- 4.- Reducción de enfermedades infantiles.
- 5.- Mejoría de la nutrición.
- 6.- Reducción del analfabetismo
- 7.- Reducción de tasas de desocupación

- 8.- Reducción de condiciones de hacinamiento urbano
- 9.- Logro de condiciones generales de seguridad
- 10.-Mejora de las condiciones de trabajo
- 11.-Mejora en calidad de servicios sociales
- 12.-Aumento del producto nacional bruto *per cápita* PNB
- 13.-Aumento de la productividad y las condiciones de trabajo
- 14.-Aumento del salario real *per cápita*
- 15.-Expectativas de vida

4.6) Teoría de las necesidades de Maslow.

Maslow al hablar del comportamiento humano, dice que son tres las premisas que lo caracterizan:

- 1.- El hombre es un ser necesitado, siempre desea y desea más. Desde que nace hasta que muere, el hombre se va llenando de necesidades. Al ser satisfecha una necesidad, aparece otra en su lugar, en un proceso infinito.
- 2.- Una necesidad satisfecha no es un motivador del comportamiento.
- 3.- Las necesidades del hombre están ordenadas en una serie de niveles o jerarquías.

La motivación está estrechamente vinculada con el comportamiento y existen muchos factores que la afectan, dentro de éstos, la mayor parte de los autores coinciden en tres: necesidades, deseos y objetivos.

Hernández (1990) comenta que el factor necesidad es importante dentro del proceso cognitivo de la motivación, es preciso saber que las necesidades son fuerzas que inician y sostienen el comportamiento teniendo una influencia directa sobre el individuo, ya que determinan en gran parte sus pensamientos y acciones. Además, las necesidades influyen poderosamente en la forma en que el individuo percibe el mundo que lo rodea, la manera en que siente, los viejos patrones de pensamiento que entran en juego y en sus actividades actuales. Aunado a las

necesidades, conviven los objetivos o metas que son los fines que proporcionan la satisfacción de las necesidades humanas.

Maslow (1960, cit. en Hernández, 1990) jerarquiza las necesidades del hombre dándoles un orden descendente:

- Necesidades de autorrealización
- Necesidades de estima
- Necesidades sociales
- Necesidades de seguridad
- Necesidades fisiológicas

A continuación se describirá la jerarquía realizada por Maslow:

* Necesidades fisiológicas: son las que deben ser satisfechas para el mantenimiento de la vida.

* Necesidades de seguridad: son denominadas, también de tranquilidad, y se refieren al deseo de protección de los peligros físicos; búsqueda de seguridad económica; preferencia por lo familiar; deseo de un mundo ordenado y predecible y deseos de conocer los límites o fronteras del comportamiento aceptable o permisible.

* Necesidades sociales: se refieren aquéllas en donde el individuo desea pertenecer, asociarse, lograr la aceptación de sus compañeros, dar y recibir amistad y afecto.

* Necesidades de estima: incluyen la confianza en sí mismo, logro, competencia, conocimiento respecto a sí mismo, independencia y libertad. Ellas pueden ser relacionadas con la reputación del individuo y la estima de otros; necesidad de status, reconocimiento, respeto a los prójimos.

* Necesidades de autorrealización: es un sentimiento de logro, de cumplimiento y de estar satisfecho con uno mismo.

Por otra parte existen autores que no retoman con tanta importancia todos los aspectos y elementos situacionales y económicos que rodean al ser humano para determinar y explicar sus teorías relacionadas al bienestar que puede alcanzar

una persona, tal es el caso de Brock (1996) quien comenta que gran parte de los estudios filosóficos sobre las teorías del bien para las personas o sobre una buena vida es común distinguir tres amplias clases de teorías, a las cuales llama: hedonista, satisfacción de preferencias e ideales de una buena vida.

En las teorías hedonistas es importante considerar que el bien último para las personas consiste en sostener ciertas clases de experiencias conscientes. Las clases particulares de experiencias conscientes se caracterizan de varias maneras, como placer, felicidad o el disfrute que típicamente acompañan la satisfacción de los deseos.

Al respecto Scanlon (1996) menciona que Derek Parfit también habla de las teorías hedonistas, en donde la tesis es que nada puede afectar la Calidad de Vida si no se afecta la experiencia de vivir esa vida. Una teoría hedonista necesita llenarse mediante la especificación de la forma en que debe juzgarse la Calidad de esta experiencia. Esto normalmente se ha hecho especificando que ciertos estados como el placer y la alegría, hacen que una vida sea mejor o peor. Una alternativa es adoptar de vista que la experiencia de vivir la vida mejora por la presencia de esos estados mentales, cualesquiera que sean, que la persona que está viviendo la vida quiere tener, y empeora si contienen los estados que esa persona preferiría evitar.

Las teorías de satisfacción de preferencias consideran que una buena vida consiste en la satisfacción de los deseos o las preferencias de las personas, entendiendo a los deseos y a las preferencias como estados de situaciones tomados como objetos. Esto debe distinguirse de cualquier sensación de satisfacción, entendida como experiencia consciente que se puede experimentar, existe una clara diferencia en los casos en que el deseo se satisface, pero no en los que no sé o no puedo saber si esto ha ocurrido y por lo tanto no obtengo satisfacción alguna al obtener lo que deseo.

La tercera clase de teorías sostiene que por lo menos parte de una buena vida consiste en la realización de ideales específicos, explícitamente normativos. Por

ejemplo, muchos han afirmado que un componente de una buena vida es tener autodeterminación o ser un agente autónomo, y que esto es parte de una buena vida de determinada persona, aunque como resultado ella no sea más feliz ni tenga ningún deseo de ser autónoma.

Así como Brock realiza su teoría sobre una buena vida, Derek también tiene tres categorías: la primera como ya se menciona es la hedonista, la segunda es la del deseo y la tercera es de listas objetivas.

Al respecto refiere a las teorías del deseo, las cuales rechazan el requisito de la experiencia y permiten que la vida de una persona sea mejor o peor no sólo por cambios en los estados de conciencia de esa persona, sino también por los acontecimientos en otras partes del mundo que satisfacen las preferencias de la persona. Esta teoría sostiene que la Calidad de Vida de una persona, en un momento dado, se mide por el grado en que las preferencias que tiene en ese momento son satisfechas.

Scanlon, (1996) considera que de las tres categorías que da Parfit, la de las teorías de listas objetivas es la menos relacionada con una idea específica bien conocida sobre lo que hace que una vida sea mejor. No obstante, comenta que esta categoría contiene a la mayoría de los posibles candidatos para una explicación de lo que hace que una vida sea mejor. Lo esencial es que éstas son teorías de acuerdo con las cuales la valoración del bienestar de una persona incluye un juicio sustantivo sobre las cosas que hacen que una vida sea mejor.

Un comentario que realiza Brock y comparte Scanlon es acerca de que las teorías hedonistas y las de preferencias/ deseos son subjetivas en el sentido de que sostienen que lo que es bueno para una persona en particular depende de lo que la hace feliz o de lo que desea, mientras que las teorías ideales o de listas objetivas son objetivas, o por lo menos contienen componentes objetivos, en el sentido de que sostienen que una buena vida para alguna persona es, al menos en parte, determinada objetivamente por ideales correctos o justificados acerca

de ella, y en esos aspectos no depende ni de lo que hace a la persona feliz ni de lo que son sus preferencias.

Sin embargo a estas últimas teorías se les podría cuestionar la denominación "objetivas", ya que se exceden de rigidez al prescribir los mismos bienes para todos sin tomar en consideración las diferencias individuales; además de que se puede partir desde un juicio de bienestar sobre las cosas que hacen que una vida sea mejor y este juicio puede estar en conflicto con el de la persona de cuyo bienestar se está tratando.

5. COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA

Como ya se ha mencionado la Calidad de Vida ha sido motivo de interés desde distintas disciplinas, sin embargo todos los enfoques tradicionalmente se han abocado a la medición cuantitativa de la Calidad de Vida, para ello se han empleado indicadores objetivos de la Calidad de Vida; incluyendo variables objetivas, observables y cuantificables en función de criterios externos, por ejemplo: ingresos económicos, vivienda, trabajo, educación y ambiente, entre otras (Puente y Legorreta, 1988). Por lo que se observa un vacío en torno a la medición subjetiva de la Calidad de vida; y la Psicología como ciencia científica puede responder a la necesidad de crear modelos que expliquen el constructo Calidad de Vida a través de la percepción subjetiva del bienestar de los individuos en una población.

Así por ejemplo, las apreciaciones subjetivas de la Calidad de Vida involucran juicios en términos de satisfacción (Veenhoven, 1996), juicios de las cosas que han afectado la propia vida, juicios que se construyen sobre la estructura de las creencias y valores de las personas (Solomon, 1993). Si es cierta esta afirmación, entonces el bienestar subjetivo se origina a partir de las metas de la gente, sus valores, creencias y su cultura, que es lo que determina la Calidad de Vida (Scanlon, 1996).

Las apreciaciones subjetivas frecuentemente involucran juicios en términos de satisfacción. Por lo que la satisfacción es un concepto central en la investigación de la Calidad de Vida subjetiva. Puesto que si se considera que la Calidad de Vida debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de vida, y por tanto depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva o psicosocial, se debe subrayar el papel que

tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas, felicidad, afecto positivo (Diener, 1984).

En 1978, Mc Kennell distinguió dos componentes en la evaluación subjetiva del bienestar: la satisfacción -componente cognitivo- y la felicidad -componente afectivo- que es más inestable e influenciado por cambios del humor (Grau, 1996). Campbell (1976) la ha definido como el resultado de un proceso intelectual en el cual el individuo compara su percepción de su situación actual con una situación que esperaba, aspiraba o creía merecerse.

Este enfoque acerca del estudio de la Calidad de Vida surge dentro del campo de las ciencias sociales, unido al de los indicadores sociales, a este interés y movimiento se le ha calificado como el Movimiento de Indicadores Sociales; donde el objetivo es medir el cambio social, el desarrollo habido, teniendo en cuenta los diversos elementos sociales, políticos, psicológicos, culturales, que habían sido dejados de lado por el análisis económico, mostrando así los distintos componentes de la Calidad de Vida (Osseiran-Waines, 1995; Requena, 1995).

Se entiende por Sistema de Indicadores Sociales una forma tentativa para conceptualizar, operacionalizar y medir, por medio de un conjunto de indicadores sociales, la diversidad de aspectos que conforman la Calidad de Vida.

Por su parte la *Russell Sage Foundation* apoya la investigación en Indicadores Sociales. Los primeros esfuerzos se enfocan hacia la recolección y análisis de indicadores objetivos sobre tendencias sociales que sirvieran para el estudio del cambio social. Como resultado se publica el libro editado por Sheldon y Moore (1968, citados en Campbell, Converse y Rodgers, 1976), *Indicators of Social Change: Concepts and Measurements*. Como complemento a este trabajo Campbell y Converse se ocupan de estudiar la dimensión subjetiva del cambio. En una de sus publicaciones se centran en los datos psicosociales referidos a las actitudes, aspiraciones y valores de la población. Se trata de una visión donde se da importancia a los aspectos subjetivos de las grandes instituciones sociales: familia, política, trabajo, economía. Su enfoque se centra en indicadores de tipo

perceptivo, que valoriza los elementos cualitativos no contemplados en los enfoques anteriores.

Los indicadores de Calidad de Vida, explica Setién (1993), son una nueva clase de indicadores sociales que se basan, tanto en hechos objetivamente observables y en las condiciones de vida en la sociedad, como en las percepciones y juicios subjetivos de la propia gente respecto de su vida y sus circunstancias concretas.

Los indicadores objetivos se refieren a medidas de situaciones, sucesos o condiciones de carácter concreto que pueden ser observados y medidos de manera fáctica. En tanto los

indicadores subjetivos miden descripciones de los individuos respecto de sus sentimientos y percepciones acerca de ellos mismos y su entorno.

En la actualidad el componente de la Calidad de Vida subjetiva está siendo abordado con mayor énfasis, siendo relacionado con la percepción y la evaluación de la situación objetiva propia de cada persona.

En este modelo se incluyen además de las medidas objetivas de la Calidad de Vida, las medidas subjetivas. En donde las primeras muestran las condiciones en que se encuentran los diversos indicadores; las medidas subjetivas de la Calidad de Vida introducen valoraciones de los individuos sobre el proceso y las condiciones, así como la importancia que tienen éstas para los sujetos. Ambos tipos de medidas son tan importantes y se complementan entre sí, que este enfoque se centra en indicadores de tipo perceptivo, que valoriza los elementos cualitativos olvidados por otros paradigmas anteriores (Andrews y Withey, 1974; Campbell, Converse y Rodgers, 1976)

Es momento de considerar una nueva pregunta con relación a la Calidad de Vida, la cual es sobre quién debe juzgarla, si el individuo o el observador, cuya respuesta está relacionada en parte con las necesidades o con los recursos.

Erikson (1996) afirma que si la noción de bienestar se basa en las necesidades, parece muy natural medir su nivel preguntando a las personas si están o no

satisfechas. El problema con una noción que se basa en la propia evaluación que las personas hacen de su grado de satisfacción es que en cierta medida está determinado por el nivel de aspiraciones, ésto es, por lo que consideran que merecen. Esto significa que medir qué tan satisfechas están las personas es casi equivalente a medir qué tan bien se han adaptado a sus condiciones actuales. Sin embargo la pregunta que se debe plantear, es si se deben observar las condiciones de las personas o su satisfacción con estas condiciones, o como se podría decir si se deben usar indicadores objetivos o subjetivos. Al respecto Erikson (1996) responde que para él, lo mejor es denominar a los indicadores descriptivos y evaluativos. Con relación a los descriptivos, menciona que al individuo se le pide que describa sus recursos y condiciones y cuando se emplean los indicadores evaluativos, se pide al sujeto que evalúe su condición a través del grado de satisfacción que tienen sobre distintos aspectos de su vida. Esta división de indicadores coincide con la aproximación de Veenhoven (1997a; 1997b), sobre la medición de la Calidad de Vida en las naciones, refiriéndose a la Calidad de Vida presumida y Calidad de Vida aparente. El primer término se enfoca a evaluar la presencia de las condiciones que se juzgan que producen una buena vida en los individuos, por ejemplo: las condiciones materiales, la riqueza, escolaridad, libertad política e igualdad social. Mientras el segundo, tiene que ver con la evaluación de las apreciaciones de la vida a través de los juicios elaborados por los mismos individuos.

Otro autor que también retoma este problema es Allardt (1996) quien comenta que un problema básico que se enfrenta siempre al elaborar indicadores sociales es el de si, al evaluar el nivel de bienestar humano, uno debe basarse en medidas objetivas de las condiciones externas o en la evaluación subjetiva de los propios ciudadanos. Los primeros son simplemente diseñados por los expertos e investigadores sobre la base de lo que piensan que es necesario o deseado por los seres humanos. Para dicho autor lo objetivo se refiere a informes de las condiciones reales y a la conducta evidente, en tanto que lo subjetivo consiste en

la medición de actitudes. Al usar indicadores subjetivos, de hecho se están estudiando los deseos de las personas y cuando se usan indicadores objetivos, no se pide a los informantes que evalúen si sus condiciones de vida son buenas o malas, satisfactorias o insatisfactorias, simplemente se le pide que informe de sus condiciones de vida o de su conducta de conformidad con algunos parámetros dados.

Por otro lado varios autores plantean que la Calidad de Vida objetiva se refracta a través de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y es a través de este proceso que se convierten en bienestar subjetivo. Cabe mencionar que en la evaluación subjetiva del bienestar, se distinguen dos componentes: el componente cognitivo, que se refiere a la satisfacción, y el componente afectivo, relacionado a los aspectos de la felicidad (Andrews y Withey, 1974; Bradburn, 1969; Campbell, Converse y Rodgers, 1976).

Así que la Calidad de Vida aparece como la resultante de la intersección de áreas objetivas y subjetivas, la cual es incapaz de ser evaluada a partir de uno solo de estos focos, ya que se podría caer en los extremos, si solo se evalúa una área de la Calidad de Vida, por ejemplo si sólo se enfoca a las actitudes y opiniones de las personas, es bien sabido que hay una gran variación en la habilidad para expresar la satisfacción y el descontento, además de que no todas las personas son capaces de expresarse, por lo que basar la elección del criterio del bienestar enteramente en las opiniones subjetivas de las personas probablemente conduciría a un conservatismo poco fructífero. Pero por otra parte, ignorar por completo lo que las propias personas opinan, sería un error. Sería más fácil resolver el dilema si complementaran y utilizaran tanto los resultados de las medidas objetivas, como los de las subjetivas.

6. INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

En la actualidad existen numerosas investigaciones sobre la Calidad de Vida, en algunas se le ha tomado como variable dependiente y en otras como variable independiente, para ver la influencia de la misma en algunos aspectos concretos, sin embargo éste último enfoque es más escaso.

Un espacio donde se han publicado la mayoría de los trabajos de investigación relacionados a la Calidad de Vida, es la revista *Social Indicators Research*, que lleva como subtítulo: *An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-life Measurement*. Esta revista ha contribuido a la difusión de la teoría y metodología de todo aquéllo relacionado con los indicadores sociales y la Calidad de Vida desde el año de 1974.

Dentro del amplio campo de las investigaciones que se han realizado con el fin de medir la Calidad de Vida, se encuentran aquéllas dedicadas a evaluarla en distintos ámbitos geográficos, elaborando un análisis urbano, rural, regional, nacional y comparaciones internacionales (Diener, Shao, Diener y Suh, 1996; Lu, 1995; Moller, 1996).

También se han medido temas concretos como la Calidad de Vida respecto del trabajo, la vivienda, los servicios médicos o la escuela; de igual forma se han evaluado grupos específicos de la población, como: los enfermos, ancianos, estudiantes, niños, delincuentes, adolescentes, discapacitados.

A continuación se narrarán de manera breve algunas de las tantas investigaciones realizadas en relación a la Calidad de Vida:

Un estudio realizado sobre la Calidad de Vida de los estudiantes es el elaborado por Mezius, y Boak, en 1994, el cual se titula "La Calidad de Vida percibida por estudiantes de una universidad de arte aplicable y tecnología". En esta

investigación se examinó la percepción de los estudiantes acerca de su Calidad de Vida y de la calidad del programa mientras estudiaban en la universidad. Se incluyó a 245 estudiantes pertenecientes a primero, segundo y tercer año, en esta muestra se encontraban las respuestas positivas acerca de la Calidad de Vida y de los ítems de la calidad del programa. De cualquier modo, fue grandiosa la satisfacción para los estudiantes de primer año avanzados, segundo y tercer año en comparación a otro primer año. Esto muestra que un grupo pequeño, bien motivados y con fidelidad, se identifican con los métodos interactivos enseñados, percibiendo una gran Calidad de Vida y la calidad del programa.

La competencia entre profesores y los arreglos administrativos pueden mejorar la experiencia estudiantil, y de ahí mejorar la Calidad de Vida, por lo que se puede concluir, que la calidad de los programas educativos, son un predictor de la Calidad de Vida de los estudiantes.

Por su parte Keith y Schalock, en 1994 llevaron a cabo una investigación que lleva por nombre: "La medición de la Calidad de Vida en adolescentes: Un cuestionario de la Calidad de Vida del estudiante". Los autores comentan que datos preliminares presentan las características psicométricas del Cuestionario Calidad de vida de los Estudiantes (*The Quality of Student Life Questionnaire*). Este cuestionario comprende cuatro factores: satisfacción, bienestar, efectos personales en lo social y la autorización/control. El estudio se realizó con una medición test- post-test y el coeficiente alfa para dar a 25 jóvenes, 30 estudiantes del último año y 30 universitarios, y un test profesional se les otorgó a 400 jóvenes y estudiantes del último año regulares y estudiantes de educación especial. El cuestionario pudo probar su utilidad para los terapeutas familiares, ya que ellos trabajan para entender la percepción de los adolescentes dentro de la constelación familiar.

Camerer y Bruce (1993) realizó un estudio para examinar las diferencias en las creencias sobre la amistad empleadas por dos grupos de estudiantes, y la satisfacción que éstas les brindan. Los miembros de uno de los grupos tienen un

buen número de amistades recíprocas y una satisfacción alta en cuanto a la amistad, mientras que los miembros del otro grupo tienen pocas amistades y una satisfacción baja referente a la amistad. Los datos se analizan cuantitativamente y cualitativamente; en el aspecto cuantitativo no hay diferencias significativas entre los grupos en cuanto a sus pensamientos sobre la amistad, sin embargo en el análisis cualitativo se encuentra que el grupo con muchas amistades y satisfacción tiene constructos como "ayudar" y "ser fiel a un amigo", los cuales no emplean los sujetos del otro grupo. Además el grupo con bajas amistades y poco satisfecho, reporta total insatisfacción con la calidad, número y reciprocidad de amigos.

Por su parte González-Celis, R., Esquivel, H. y Cárdenas T. en 1997 realizaron un estudio titulado "Calidad de Vida subjetiva y valores, Un análisis comparativo", trabajando con tres grupos de sujetos del sexo femenino, de edades entre 30 y 55 años, con actividades de: Amas de casa, Profesoras e investigadoras universitarias y Mujeres profesionistas trabajadoras; seleccionando dichos grupos, por que cada uno se identificaba con un patrón de valores, intrínsecos, sistemáticos y extrínsecos, asociados al ser, saber o tener, respectivamente. En donde el objetivo general fue aportar una breve reflexión sobre el constructo Calidad de Vida, su metodología y las dimensiones para su estudio. Para llevar a cabo dicho estudio se aplicó una batería de siete escalas, entre las cuales se utilizaron escalas de valores Hartman-Cárdenas (1967), escalas para medir la Calidad de Vida Converse y Rodgers (1976), y cuatro escalas de Osgood de diferencial semántico. Los autores encontraron que el grado de Calidad de Vida está asociado con el nivel de satisfacción total para todas las áreas de la vida, asimismo existe asociación entre la percepción para las áreas de salud, trabajo y vivienda, con el grado de satisfacción para éstas áreas. Sin embargo la Percepción y la Satisfacción con la familia no están asociadas. También se detectó una asociación entre la Calidad de Vida, y la Satisfacción para las áreas de la Salud, Trabajo y Vivienda; no así para el área de la Familia. Por último, la

satisfacción total resultó estar asociada por una lado con la Dimensión Axiológica, y por otro, con la ocupación. Lo que permite proponer cierta asociación entre estas dos últimas variables.

Un estudio que sigue de cierta manera el lineamiento planteado en la investigación anterior, es el que elaboró Palomar (1995), en donde uno de los principales objetivos era la construcción de un instrumento de Calidad de Vida que fuera válido y confiable para cuatro niveles socioeconómicos, con edades de 21 a 50 años y de ambos sexos. De tal manera que, para el logro de ese objetivo fue necesario realizar una entrevista abierta a una muestra que tuviera esas características y de cuyos resultados pudiera obtenerse información sobre las áreas de la vida que son representativas de los aspectos que influyen en el bienestar subjetivo de los individuos. De acuerdo al estudio piloto, se pudo observar que para la muestra total, el área que en mayor medida fue mencionada era las relaciones de pareja, siguiéndole las relaciones familiares, continuación el trabajo, tener y criar hijos, bienestar económico, desarrollo personal, percepción personal, bienestar físico y salud, sociabilidad, entorno social, actividades recreativas pasivas, amigos cercanos, actividades recreativas activas, labores domésticas, medio ambiente, pérdidas (muertes de seres queridos), aspecto moral, aspecto religioso, expresión personal y creatividad y por último, conocimiento personal. Sin embargo como resultados del estudio se aprecia que los sujetos de la muestra consideran que lo más importante en sus vidas es su familia en general y en una proporción relativamente menor el trabajo, el bienestar económico y el desarrollo personal, así como también se encontró que unos de los factores explican la Calidad de Vida son la sociabilidad y los amigos cercanos. Por lo que la autora considera que en nuestra cultura lo que mejor explica la Calidad de Vida son las redes sociales y la familia nuclear.

En relación a otra temática vinculada a la Calidad de Vida, es la estudiada por Jeffres y Dobos, quienes realizaron una investigación en 1993 titulada "Percepción de las oportunidades del ocio y la Calidad de Vida en el área

metropolitana". Este estudio es un enfoque de la percepción pública de las oportunidades de ocio y la evaluación de la Calidad de Vida en una área metropolitana de Estados Unidos. Los datos se obtuvieron en 3 mediciones dirigidas en 1982, 1986 y 1988 designadas para evaluar la relación entre la serie de variables demográficas, el valor del ocio, la percepción del ocio en el medio ambiente, la comunicación modelo y la evaluación de las áreas de la Calidad de Vida.

En total fueron 1068 sujetos los entrevistados y los resultados mostraron que el valor del ocio o tiempo libre es significativo y positivamente relativo para la Calidad de Vida.

Abbey, en 1994 elaboró un estudio relacionando otro tema a la Calidad de Vida, el cual lleva por nombre "Predictores psicosociales de la calidad de Vida: ¿Cómo es que éstos afectan a la infertilidad, al género y a la paternidad?"

En esta investigación se examinó longitudinalmente los efectos de la infertilidad en el matrimonio y en la Calidad de Vida global, con 174 parejas estériles y 74 parejas fértiles. Por tres entrevistas, el 42% de las parejas estériles y el 36% de las parejas fértiles fueron padres. Los predictores psicosociales de la Calidad de Vida fueron altamente similares para miembros de parejas infértiles y fértiles y de parejas con hijos y sin hijos.

Como ya se había mencionado, los investigadores interesados en la Calidad de Vida no han dejado de lado el estudio de la calidad de vida en enfermos, tal es el caso de Viney, quien en 1994 realizó una investigación llamada "Una comparación de la calidad de Vida en pacientes terminales de cáncer". En dicho estudio se comparó la Calidad de Vida en pacientes terminales de cáncer, la muestra fue de 182 personas, dividida en dos unidades de cuidados paliativos en el hospital. Los pacientes que se encontraban en un grupo se les encontró que no estaban de acuerdo con ser unos moribundos, mostrando indirectamente menos expresión de enojo y más sentimientos positivos. Así como también reportaron más angustia acerca de la muerte pero menos ansiedad en general.

Un estudio realizado en México, el cual se titula "Análisis de la Calidad de Vida en un grupo de pacientes hipertensos", cataloga a la Calidad de Vida como el grado de impacto que tiene la enfermedad en la vida del paciente, reconocida como una variante multifactorial que puede ser subdividida en cinco áreas: sensación de bienestar general, física, emocional, social y cognoscitiva. Se analizó la Calidad de Vida en un grupo de 30 pacientes hipertensos, organizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 46 del IMSS en México D.F., mediante la aplicación de un cuestionario. Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo, incidiendo en las áreas que constituyen la Calidad de Vida. Los resultados indican el predominio del sexo femenino (73.4%), con promedio de edad de 56.6 años; también hubo predominio en los pacientes dedicados al hogar (73%) escolaridad primaria (80.2%). Dentro de las áreas lo más frecuentemente reportado fue:

- en lo social: relación con amistades
- en lo emocional: angustia y llanto fácil
- en la física: la fatiga y falta de sueño reportado
- en la sensación de bienestar general: cefalea y cambios de carácter
- en la cognoscitiva: problemas de memoria y retención.

Lo que concluye el autor, es evidente una orientación y educación al paciente, así como un tratamiento individualizado para lograr una adecuada Calidad de Vida.

Por otra parte, un reporte realizado para el Presidente y el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica en 1993, tuvo como finalidad determinar cómo los individuos con discapacidades están trabajando y cómo el sistema puede influir en el contexto de la educación actual iniciativas de reforma. Los resultados examinados incluyeron la realización académica, la buena disposición a la escuela y el trabajo, así como la calidad de vida de los estudiantes. Este reporte está enfocado en los efectos de las reformas escolares sobre varias poblaciones estudiantiles, en la evaluación del impacto de las iniciativas, como la disposición al trabajo y la calidad de vida, así como los resultados obtenidos por los estudiantes en el presente y sus expectativas para el futuro; todo ello permite

realizar recomendaciones tanto para el gobierno, como para padres y practicantes de educación especial, que permitan a estas poblaciones recibir mejorías en cuanto a su vida.

Otro estudio es el que se presentó en el Primer Simposio sobre Calidad de vida, Salud y Ambiente, por Blanco, Rivera, López y Rueda (1995) titulado "Calidad de Vida y Salud en el Distrito Federal. Una aproximación inicial".

En esta investigación la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos, incluyendo diversas dimensiones, tales como: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno. Para los autores la Calidad de Vida de una sociedad o de un grupo humano, es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas. Es decir, la capacidad de una sociedad de resolver satisfactoriamente - en cantidad y calidad - el conjunto de necesidades humanas es lo que posibilita que su población tenga una mejor Calidad de Vida.

Para una aproximación inicial de la Calidad de Vida del Distrito Federal, se seleccionaron variables del Censo de Población y Vivienda 1990, las cuales fueron agrupadas según el conjunto de necesidades y sus correspondientes satisfactores, así como, por el tipo de intervención gubernamental que se requeriría para su modificación.

Las variables que se seleccionaron en esta investigación fueron: vivienda con piso de tierra, número de ocupantes por vivienda, viviendas con un solo cuarto, viviendas con agua entubada, viviendas con drenaje a la calle, viviendas con drenaje al suelo, viviendas con energía eléctrica, población de 15 y más años con primaria completa, el ingreso.

Se construyó un índice general de condiciones de vida que permitió ordenar las delegaciones de "peor a mejor" según el componente de necesidades insatisfechas. Así mismo, se construyó un índice de calidad de la vivienda por su importancia en términos del consumo privado y de las condiciones riesgosas para la salud.

Los resultados que se obtuvieron fueron que de las 16 delegaciones que conforman el Distrito Federal, son 3 (13.5%) las que pueden ser consideradas con condiciones de vida precaria: Milpa Alta, Tláhuac y Xochimilco. El grupo de condiciones de vida mala, está compuesto por las delegaciones de: Iztapalapa, Cuajimalpa y Magdalena Contrera (18.9%). En lo que se refiere a las categorías con niveles intermedios de condiciones de vida, se ubican 7 delegaciones. De estas, 4 (25.0%) fueron clasificados como regulares: Tlalpan, Alvaro Obregón, Gustavo A. Madero e Iztacalco. En tanto, que el 18.7% de las delegaciones tienen condiciones de vida que pueden considerarse suficientes las cuáles son: la Venustiano Carranza, Azcapotzalco y Cuauhtémoc. En la categoría de condiciones de vida satisfactoria se encuentran las delegaciones: Miguel Hidalgo, Coyoacán y Benito Juárez (18.7%).

En relación a las condiciones de salud-enfermedad de la población del Distrito Federal, se presenta información de morbilidad por gastroenteritis probablemente infecciosa e infecciones respiratorias agudas. En el caso de las infecciones gastrointestinales, las delegaciones que registraron tasas de incidencia más altas fueron: Milpa Alta, Tláhuac, Venustiano Carranza y Xochimilco y por parte de las infecciones respiratorias agudas donde hubo mayor incidencia fue en Cuajimalpa, Magdalena Contreras y Tlalpan.

Los autores concluyen en términos generales que el estudio realizado conforma un panorama de heterogeneidad urbana, de desarrollo desigual de condiciones de vivienda, infraestructura de servicios, así como, de condiciones educativas y para la salud. Este diagnóstico, además de aportar datos sobre las condiciones de vida en el Distrito Federal, intenta contribuir a la identificación de prioridades

para la acción gubernamental y orientar sobre el tipo de intervenciones que posibilitarían un desarrollo más equilibrado para la entidad. La calificación de las delegaciones y su agrupación en niveles de prioridad permitiría definir el tipo de acciones y las zonas con mayores necesidades: programas de mejoramiento de la vivienda; desarrollo de infraestructura de servicios; políticas educativas y de salud y desarrollo e implementación de procedimientos de monitoreo ambiental y poblacional.

Un estudio que sigue la misma línea de investigación, es la que lleva por título "Un estudio de la Calidad de Vida en Morelos", realizada por el Consejo Estatal de Población de Morelos (1995), con la finalidad de observar el decline de los niveles de calidad de vida de la población, para poder plantear las alternativas que en materia de planeación poblacional se refiera.

Los autores de esta investigación consideran que se pueden enlistar una serie de necesidades y la correspondencia con sus satisfactores y dependiendo de la capacidad de acceder a los satisfactores se puede determinar el nivel de calidad de vida de un grupo de individuos, de una localidad, de un municipio o de un país. Por supuesto, con la finalidad de determinar en dónde, cómo y con qué prioridad es que se deben satisfacer esas necesidades y reconocer lo específicas que son las tareas.

Los indicadores que se utilizaron en este estudio fueron:

- De salud: mortalidad infantil y el número de médicos y pasantes por cada 10,000 habitantes.
- De vivienda: hacinamiento y piso de tierra, así como energía eléctrica, agua entubada y drenaje.
- De educación: alfabetismo en población mayor de 15 años; primaria completa en la misma población y matrícula en primaria en población infantil.
- De economía: el nivel de ingreso, dos salarios mínimos y la participación económica de la mujer.

Con todos estos indicadores se obtuvo que las regiones con mayor deterioro en las condiciones de vida, son las que corresponden a los municipios de la zona oriente (Tetela del volcán, Zacualpan, Ocuituco, Temoac, Jonacatepec y Tepalcingo) y un pequeño grupo en la zona norte (Tlalnepantla, Totolapan y Tlayacapan); también se encontró un grado de deterioro en una pequeña región correspondiente a la región de Miaquatán y Amacuzac. Por otra lado, se encontró, que los municipios que poseen los valores más altos del índice, es decir los mejores niveles de vida, se corresponden aproximadamente con las zonas metropolitanas de Cuernavaca y Cuautla, y por el otro con el grupo Zacatepec-Jojutla.

Por su parte el colegio de la comunidad de Western en Nebraska (1994), condujo un estudio para evaluar las necesidades de la ciudad de Scottsbluff, con la finalidad de reunir las opiniones de los ciudadanos en cuanto a los servicios públicos, diversiones locales, la vivienda, los comercios y el desarrollo de la comunidad; tales elementos se evaluaban en una escala de 1 (insatisfecho) a 4 (muy satisfecho). El análisis hecho por dicho colegio se basó en 835 cuestionarios completados y reunidos de los residentes de la comunidad, los cuales indicaron los siguientes datos: el 49% de los respondientes fueron de sexo femenino, el 78% fueron caucásicos, el 69% estaban casados y el 50% tenía más de 20 años de vivir en dicha ciudad. En lo que respecta al tópico de servicios públicos se indican niveles de satisfacción y alta satisfacción, con la excepción de la calidad del agua, la cual obtuvo índices de insatisfacción, indicando los respondientes que era necesario prestar atención a este servicio con la finalidad de que mejorara. Los servicios de tráfico y mantenimiento obtuvieron un nivel de satisfacción bajo. En cuanto a la vivienda los índices indican que los respondientes se encuentran poco satisfechos. En cuanto a la calidad del gobierno y las actitudes de los empleados de la ciudad hacia el público en general, se sitúan niveles de poca satisfacción. Sin embargo, a pesar de los

índices poco convincentes, los respondientes se consideran satisfechos con su calidad de vida.

En Chicago *Voices for Illinios Children Chicago*, realizó un reporte que mostraba una representación estadística del bienestar de niños y sus familias en dicha ciudad. En este reporte se tocan temáticas como: aspectos demográficos, educación, salud, niños con necesidades especiales y seguridad económica. Así se destaca que la población de niños corre el riesgo de tener fracaso escolar, además de que se presenta una falta en cuanto a la preocupación de su adecuada salud y tener un creciente sufrimiento económico. Se concluye que los niños y sus familias se enfrentan a factores de riesgo en sus comunidades que interfieren con su desarrollo.

7. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Muchos autores consideran que en los últimos años la evaluación del bienestar subjetivo ha alcanzado notable auge (Andrews, Robinson, 1991; Bowling, 1992). El bienestar subjetivo puede comprenderse en términos globales o puede referirse a un aspecto específico de la vida, como el trabajo, la vivienda, la familia y el ingreso.

El bienestar subjetivo para Andrews y Robinson (1991) es una actitud que incluye dos componentes básicos: la cognición y el afecto. El componente cognitivo se refiere a la razón o el aspecto intelectual mientras que el componente afectivo involucra aspectos emocionales. El aspecto afectivo debe ser subdividido en dos: afecto positivo y afecto negativo.

La evaluación del bienestar subjetivo se ha hecho con diferentes escalas y cuestionarios. Se ha demostrado que pequeñas variaciones en la forma de hacer las preguntas tiene influencia en la distribución de las respuestas.

A continuación se mencionarán algunas de las escalas que evalúan el bienestar subjetivo.

7.1) Escalas de felicidad

Grau (1996) comenta que quizá pueda parecer pretencioso evaluar la felicidad. Sin embargo, a pesar de ello, se han hecho numerosos intentos de operacionalizar este concepto para su evaluación. Campbell (1976) la define como un estado emocional transitorio, caracterizado por alegría y regocijo. Mientras que Okun y Stock (1987, cit. en Andrews y Robinson, 1991) han sugerido que la felicidad indica un estado emocional actual.

Para Andrews y Robinson (1991) existen dos medidas estándar de felicidad, ambas basadas en una simple pregunta. La primera es la utilizada por el Centro

de Investigación y Medición de la Universidad de Michigan y por el Centro Nacional de Investigación y Opinión de la Universidad de Chicago.

- Tomen todo en total: ¿Cómo dirías que están las cosas en este día?. ¿Podrías decir que estás muy feliz, bastante feliz o no tan feliz?

Y la segunda medida estándar de felicidad es la empleada por la Organización Gallup del Instituto Americano de la Opinión Pública.

- En general, ¿Qué tan feliz podrías decir que estás o que eres, muy feliz, imparcialmente feliz o no feliz?

7.2) Escalas de satisfacción de ítems simples

La satisfacción se refiere a la dimensión cognitiva del bienestar subjetivo y expresa la evaluación que se efectúa entre las aspiraciones o expectativas y los logros conseguidos, es decir es la valoración por el sujeto de las discrepancias entre el nivel de pretensiones y el nivel de logros.

Las escalas típicas de satisfacción son de medidas con un ítem simple, que pregunta:

¿Qué tan satisfecho estás con.....? (Campbell, Converse y Rodgers 1976)

¿Qué tanta satisfacción tu obtienes de? (*General Social Survey*)

La pregunta es completada con referencia a un concepto global, como: la vida en general o como un todo o en relación a un aspecto en específico de la vida, como: el trabajo o la vida familiar.

General Social Survey

- “Para cada área de la vida”, que voy a nombrar, dime el número que muestre qué tanta satisfacción tu obtienes de esa área

Campbell, Converse y Rodgers (1976)

- ¿Qué tan satisfecho o insatisfecho estás con.....? ¿Cuál de los números es cercano o fiel a qué tan satisfecho o insatisfecho te sientes?

Eurobarometer Survey. Inglehart y Rabier (1986, cit. en Andrews y Robinson, 1991).

- En lo general estás muy satisfecho, imparcialmente satisfecho, no en todo satisfecho con la vida que has llevado? Ahora me gustaría que indicaras en la escala hasta qué punto estás satisfecho con..... Cero significa que estás completamente insatisfecho y diez significa que tu estás muy satisfecho.

7.3) Escalas de bienestar subjetivo

En suma, las escalas de felicidad y satisfacción que se describieron no son todas, en la literatura del bienestar subjetivo se incluyen otras escalas de respuesta, que han recibido un uso substancial; las cuales son más generales que preguntar acerca de la felicidad o satisfacción.

* Escala de la escalera

Cantril (1976, cit. en Andrews y Robinson, 1991) desarrolló la escala de la escalera, en donde se le decía al sujeto: aquí hay una fotografía de una escalera, supón que lo alto de la escalera representa lo mejor posible de la vida para ti y el final o el pie representa lo peor posible de tu vida. ¿En donde de la escalera te pondrías en el tiempo presente? ¿Donde de la escalera tu estuviste hace 5 años? ¿Donde piensas que podrías estar en 5 años más que ahora?

* Escala de la montaña

Así como la escala de la escalera, estas son dos escalas gráficas, que intentan obtener la evaluación del bienestar subjetivo sin utilizar una palabra específica. Esta escala fue desarrollada también por Cantril para emplearla en países donde la escalera no fuera muy común y ésto podría dificultar que la gente entendiera la idea.

La escala de la montaña consiste en una línea dibujada en forma de montaña con once escalones ascendentes. Las instrucciones de esta escala son: ahora me gustaría preguntarte, ¿Qué tan satisfecho estas con tu.....? Si tu estas

extremadamente satisfecho, apunta en lo más alto de la montaña. Si estás insatisfecho apunta el final. Si tu estás satisfecho con algunas partes e insatisfecho en otras, apunta hacia algunos escalones entre lo más alto y lo más bajo de la montaña. Solo apunta el escalón de la montaña que englobe mejor qué tan satisfecho te sientes respecto a

Recuerda, el escalón más alto significa lo más satisfecho que tu eres y el más bajo lo más insatisfecho.

* Escala de caras

Esta fue creada por Andrews y Whithey (1976) y consiste en siete esquemáticas caras de expresiones variadas, desde las muy positivas hasta las muy negativas. Dichas caras están impresas en una tarjeta que se le muestra a la persona que está respondiendo.

Aquí hay algunas caras expresando varios sentimientos. Abajo de ellas, hay una letra, ¿Cual de las caras expresa cómo te sientes acerca de.....?

* Escala Agrado - Desagrado

La escala agrado - desagrado fue desarrollada por Andrews y Withey (1976). Es una escala de respuesta con siete categorías designada para evaluar el bienestar subjetivo en tal forma que los componentes afectivos y cognitivos puedan ser representados.

“En la siguiente sección de la entrevista queremos descubrir cómo te sientes acerca de algunas partes de tu vida y la vida en este país. Por favor dime los sentimientos que tienes ahora, los del último año y los que esperas del futuro cercano. Solo dime qué número de esta tarjeta das al mejor resumen de cómo te sientes.

7 para encantado 6 para a gusto y así sucesivamente hasta 1 si te sientes terrible acerca de ello. Si tu no tienes sentimientos de todo en la pregunta di A. Si tu

nunca pensaste en algo que pregunte, di B y si hago una pregunta que no se aplica para tí, di C.

Headey (1981, cit. en Andrews y Robinson,1991) modificó la escala de Encantado-Terrible, insertándole dos categorías adicionales, convirtiéndola en una escala de nueve categorías. Las nuevas categorías son: muy a gusto, entre encantado y a gusto y muy infeliz, entre terrible e infeliz.

II. METODOLOGÍA

1) Justificación

El tema de Calidad de Vida ha sido estudiado en base a indicadores objetivos, tales como: la alimentación, vestido, vivienda, educación, etc. Los cuales se basan en un sentido socioeconómico, pero no se debe olvidar que los seres humanos tienen aspiraciones, expectativas, necesidades y valores que harán que las cosas objetivas adquieran un nivel subjetivo, a través del cual se podrá obtener también satisfacción, felicidad, realización, etc. Por ello, es de suma importancia incorporar los indicadores subjetivos a los indicadores objetivos a fin de realizar un mejor estudio sobre la Calidad de Vida.

Es importante enmarcar la relevancia de trabajar con médicos y psicólogos, profesionistas de las Ciencias de la Salud, por el hecho de considerar que prestan un servicio, el cual tiene como finalidad preservar la salud, ya que a través de ésta se tendrá una sociedad más productiva en las esferas económica, psicológica y social. Es decir si los médicos y psicólogos tienen un Índice de Calidad de Vida alto, percibiendo su vida actual interesante y sintiéndose satisfechos con ella, podrán transmitir ese bienestar a sus pacientes manifestado por medio de un servicio con calidad y calidez en la relación profesionistas de las Ciencias de la Salud-paciente, además de poder implementar programas de intervención para mejorar la Calidad de Vida de los pacientes.

2) Objetivo General

Proponer un modelo de medición psicosocial de Calidad de Vida que integre evaluaciones objetivas y apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial en un grupo de profesionistas de las Ciencias de la Salud.

3) Objetivos Específicos

- ◆ Conocer cómo perciben la Calidad de Vida los profesionistas de las Ciencias de la Salud.
- ◆ Determinar si el concepto de Calidad de Vida varía con respecto a las áreas de la vida: familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud.
- ◆ Medir cómo el trabajo, en las diferentes áreas de las Ciencias de la Salud, influye en el concepto de Calidad de Vida.
- ◆ Estimar si la gama de factores principales que surge en el discurso de Calidad de Vida de los profesionistas de las Ciencias de la Salud con respecto a las áreas de la vida (familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud) varían en función de la profesión, edad del profesionista y la experiencia laboral.

4) Diseño y Tamaño Muestral

A partir de un muestreo no probabilístico, intencional y selectivo, por participación voluntaria, se trabajó con diferentes grupos de sujetos de profesionistas de las Ciencias de la Salud, de entre 30 y 55 años, se clasificaron de acuerdo a su profesión en: Médicos y Psicólogos, además de la edad y la experiencia laboral. Un criterio de inclusión además de los que ya se mencionaron fue el estado civil, el sexo, y que los sujetos tuvieran hijos, donde sólo se registrará el valor de la variable.

Los criterios de exclusión fueron todos aquéllos no contemplados en las características definitorias de los sujetos participantes. Y los criterios de eliminación consistieron en aquellos cuestionarios entregados por los participantes que estuvieron incompletos o mal llenados.

Dicha muestra a utilizar estuvo conformada por profesionistas de las Ciencias de la Salud, en específico por médicos y psicólogos; pertenecientes a la zona metropolitana de la Ciudad de México. El tamaño de la muestra fue de 98 sujetos.

5) Definición y Operacionalización de Variables

La definición y la operacionalización de las variables, fue la siguiente:

Edad = en años cumplidos entre 30 y 55 años, dividiéndolo en dos grupos:

Grupo 1.- de 30-40 años y Grupo 2.- de 41-55 años de edad.

Profesión = se clasificaron en dos categorías: psicólogos y médicos

Experiencia laboral = este rubro consistió en que mínimamente los sujetos debían tener 5 años de laborar su profesión y se contemplaron dos grupos, en el primero estuvieron los sujetos que tenían menos de 15 años laborando y en el segundo se encontraron aquéllos que tenían más de 15 años laborando.

Sexo = se registrará de acuerdo a: femenino y masculino

Estado civil = se registrará de acuerdo a : solteros, casados o unión libre, divorciados y viudos.

Apreciaciones subjetivas = juicios en términos de satisfacción, juicios de las cosas que han afectado la propia vida, contruidos sobre la estructura de las creencias y valores de las personas.

Calidad de Vida = descripción subjetiva acerca de cómo se siente el sujeto y cómo percibe su vida actual, así se pudo hablar de un índice de Calidad de Vida. La medida de Calidad de Vida, se baso en el instrumento empleado por Campbell, Converse y Rodgers (1976), a través de un diferencial semántico de Osgood, con ocho pares de adjetivos bipolares y siete opciones de repuesta, según consideren los profesionistas de las Ciencias de la Salud cómo perciben su vida actual.

Percepción de bienestar de las áreas de la vida = sensación de bienestar de los sujetos respecto a las cinco áreas de la vida: Mi percepción acerca de mi familia es, Mi percepción acerca de mi trabajo es, Mi percepción acerca de mi tiempo libre es, Mi percepción acerca de mi vida social es, Mi percepción acerca de mi salud es.

Satisfacción en las áreas de la vida = Qué tan satisfecho estoy con mi familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud.

Satisfacción en áreas de la vida por indicador = Se calculo una medida de satisfacción en cinco áreas de la vida: familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud; a través de una escala de tipo Likert, para medir el grado de satisfacción en las distintas áreas de la vida de los sujetos, cada área contenía aproximadamente 12 ítems como indicadores de dicha área.

Evaluaciones objetivas = propiamente las áreas de la vida

Áreas de la Vida =

* **Familia**

- integración familiar
- comunicación
- toma de decisiones
- relación con los hijos

* **Trabajo**

- éxito profesional
- logros
- expectativas
- ambiente laboral
- remuneración económica

* **Tiempo libre**

- tipo de actividad
- lugar en donde lo lleva acabo
- con quien lo comparte

*** Vida social**

- Entendida como la convivencia con:
compañeros de trabajo, amigos familiares
- diversión
- ser miembro de un club, sociedad, consejo

*** Salud****6) Hipótesis de investigación**

El constructo Calidad de Vida se conceptualiza como una medida multidimensional compuesta por el bienestar subjetivo de un individuo o de un grupo, como es percibida su vida actual, es decir el sentimiento o estado positivo autopercibido de la propia vida del sujeto; y la satisfacción en la vida y en las diferentes áreas de la misma.

Por lo cual se plantearon las siguientes hipótesis de investigación:

- Probar si existe asociación entre la edad y el índice de Calidad de Vida. Y si de acuerdo a la diferencia de edades (30-44 y 41-55) existe diversidad.
- Probar si existe asociación entre la experiencia laboral y el índice de Calidad de Vida. Y si de acuerdo a los años de experiencia laboral (Más de 15 años y menos de 15 años) existe diferencias
- Probar si existe asociación entre la profesión y el índice de Calidad de Vida.
- Probar si existe asociación entre la edad y la satisfacción general, la satisfacción por áreas y la percepción por áreas.
- Probar si existe asociación entre la profesión y la satisfacción general, la satisfacción por áreas y la percepción por áreas.
- Probar si existe asociación entre la experiencia laboral y la satisfacción general, la satisfacción por áreas y la percepción por áreas.
- Probar si de acuerdo a la profesión se tiene más satisfacción en una área de la vida.

- Probar si existe asociación entre el índice de Calidad de Vida y la satisfacción general.
- Probar si existe asociación entre la satisfacción de cada una de las áreas de la vida (familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud) y la satisfacción en general.
- Probar si existe asociación entre la percepción por cada una de las áreas de la vida y la satisfacción de cada una de las áreas de la vida.
- Probar si existe asociación entre la satisfacción de cada una de las áreas de la vida por indicadores y la satisfacción de cada una de las áreas de la vida.
- Probar si existe asociación entre el índice de Calidad de Vida y la percepción por cada una de las áreas de la vida.

7) Diseño de instrumentos

Se aplicó una batería de 4 cuestionarios (ver anexo), la cual fue entregada a los sujetos para la auto-aplicación, posteriormente fue devuelta para su captura y finalmente realizar el análisis. En cada cuestionario se registraron las siguientes variables: folio, edad, profesión, estado civil, sexo, experiencia laboral y el hecho de tener hijos.

El cuestionario 1, fue la escala llamada "Mi vida actual", presentada como un diferencial semántico, propuesta por Campbell, Converse y Rodgers (1976) como la mejor forma de medición de la Calidad de Vida, utilizada y validada en población mexicana por Díaz Guerrero (1986).

El instrumento 2, consistió en la escala Agrado - Desagrado, la cual fue desarrollada por Andrews y Whithey en 1976. Esta es una escala con 7 categorías de respuestas designada para evaluar el bienestar subjetivo. Sin embargo se le realizó una pequeña modificación de acuerdo a los adjetivos encantado-terrible por "muy satisfecho-muy insatisfecho"; el motivo de la transformación se basó en un estudio realizado por González-Celis, Esquivel y Cárdenas, en el cual se pudo apreciar que en nuestra cultura dichas palabras no

son muy frecuentes en nuestro vocabulario y por tanto pueden ser un factor de riesgo para los resultados obtenidos.

Como instrumento 3 se utilizó la escala de caras Andrew y Whitley (1976), la cual consiste en siete esquemáticas caras de expresiones variadas, desde las muy positivas hasta las muy negativas.

Este instrumento permitió medir la percepción de los sujetos con relación a las diferentes áreas de la vida, tales como: la familia, el trabajo, el tiempo libre, la vida social y la salud.

Por último, el instrumento 4 fue una escala construida de actitud tipo Likert, para medir el grado de satisfacción para las cinco áreas de la vida; se utilizó como base el instrumento diseñado por Palomar (1995), quien llevo a cabo un análisis de la Calidad de Vida de la población mexicana.

8) Procedimiento

Para la realización del presente estudio, se recurrió a la literatura y a los instrumentos de medición que se han utilizado para evaluar la Calidad de Vida y el bienestar subjetivo. Así mismo se utilizó el estudio "Calidad de Vida subjetiva y Valores. Un análisis comparativo" realizado por González-Celis, Esquivel y Cárdenas.

A partir de ello se seleccionaron los instrumentos a utilizar, que como ya se menciono fueron:

- La escala llamada "Mi vida actual", Campbell, Converse y Rodgers (1976)
- La escala Agrado - Desagrado, la cual fue desarrollada por Andrew y Whitley en 1976, con una pequeña modificación de acuerdo a los adjetivos encantado-terrible por "muy satisfecho-muy insatisfecho".
- La escala de caras Andrews y Whitley (1976)
- Una escala construida de actitud tipo Likert, para medir el grado de satisfacción para las cinco áreas de la vida.

Posteriormente se acudió a los hospitales, centros de Salud y clínicas a solicitar la colaboración individual de los profesionistas de las Ciencias de la Salud para aplicar los instrumentos. La batería de instrumentos se les otorgaba a los sujetos para ser auto administrada.

Se invirtió aproximadamente 2 meses y medio en la recolección de datos hasta llegar a tener 98 cuestionarios aplicados.

Atendiendo al cruce de variables se construyo dos matriz de dos entradas:

		MÉDICOS	PSICÓLOGOS
Experiencia Laboral	Menos de 15 años	26	29
	Más de 15 años	23	20

		MÉDICOS	PSICÓLOGOS
Edad cumplida	30 a 40 años	20	28
	41 a 55 años	29	21

9) Categorización de las respuestas de los instrumentos

Los resultados del instrumento Mi Vida Actual (Campbell, Converse y Rodgers, 1976) para medir el grado de Calidad de Vida en General, percibida por los sujetos, se clasificaron en tres categorías, a partir de la puntuación sumada: "Baja" hasta 3.9, "Regular" de 3.9 a 5.9 y "Altos" de 5.9 a 7, derivándose de esa forma el Índice de Calidad de Vida.

En el instrumento 2 Escala de Agrado-Desagrado (Andrew y Whithey, 1976), el cual se refiere a el grado de satisfacción para cada una de las cinco áreas de la vida, las respuestas se agruparon en siete categorías: muy insatisfecho, insatisfecho, en su mayor parte insatisfecho, entre satisfecho e insatisfecho, en su mayor parte satisfecho, satisfecho y muy satisfecho.

En el instrumento 3 fue la Escala de Caras de Andrew y Whithey (1976), que mide la percepción para las cinco áreas de la vida, se dividió en 7 categorías: muy positiva, positiva, en su mayor parte positiva, entre positiva y negativa, en su mayor parte negativa, negativa y muy negativa.

El instrumento 4 es otro instrumento de satisfacción por área por indicador, el cual es una escala de actitud tipo Likert. Para poder realizar el análisis de los datos de este instrumento, fue necesario hacer una categorización de las respuestas, en donde se obtuvo los promedios de los ítems correspondientes a cada una de las áreas de la vida y posteriormente se realizó una clasificación de 3 categorías, en donde 2.9 significaba "baja satisfacción", entre 2.9 y 3.9 "regular satisfacción" y de 3.9 a 5 era "alta satisfacción". Posteriormente se contrastó con los demás instrumentos para obtener la confiabilidad y examinar si existían asociaciones.

III. RESULTADOS

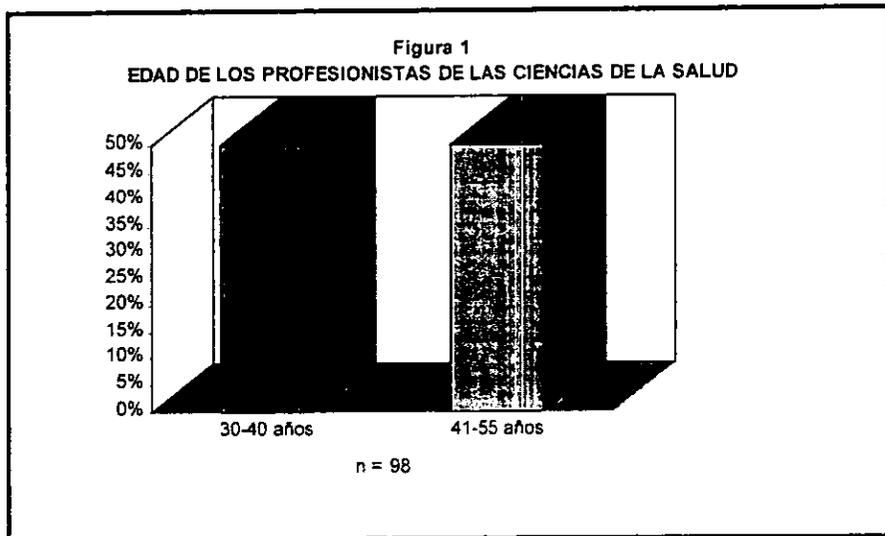
Se diseñó una base de datos en la que se codificaron las respuestas para cada uno de los sujetos encuestados, en donde se obtuvieron 93 columnas una para cada una de las variables y 98 renglones uno para cada uno de los sujetos. Las variables fueron consideradas numéricas, con el objeto de poder realizar los análisis estadísticos mediante el paquete SPSS para Windows, versión 6.0.1 (Sep. 1993)

1) ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Edad

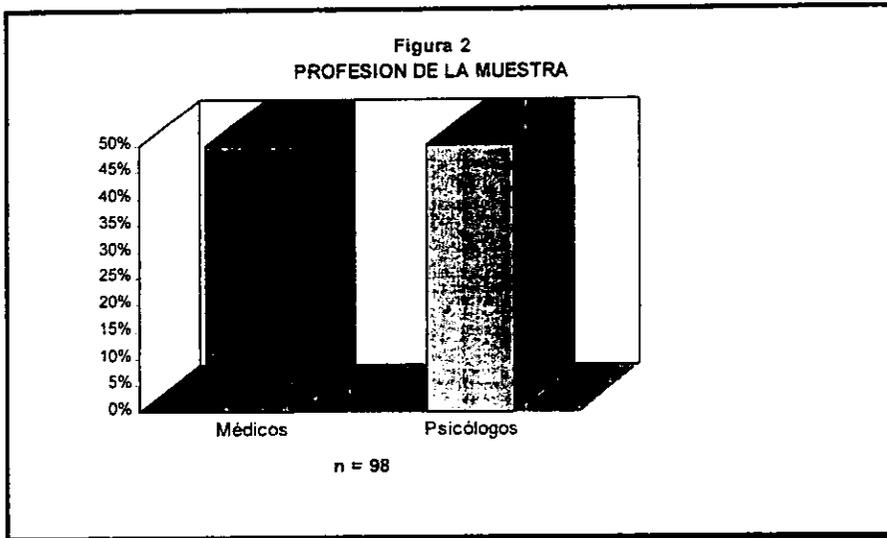
La edad se clasificó en adultos-jóvenes que contenía a los sujetos que tuvieran edad entre los 30 y 40 años y en adultos maduros en donde las edades oscilaban entre los 41 y 55 años, esta división se realizó sólo para alcanzar los fines perseguidos en esta investigación y para hacer más factible los análisis posteriores.

En tanto a la variable edad, se encontró que del grupo bajo estudio, la edad promedio fue de 41.336 años, con una desviación de 6.597, con una edad mínima de 30 años y máxima de 55 años. Al formarse los grupos de la edad, se distingue que 50% (n=49) de los casos, correspondió a edades entre 30y 40 años y el otro 50% de los casos a edades entre 41 y 55 (Figura 1).



Profesión

Se presentan los resultados de una muestra de 98 sujetos; los cuales se distribuyeron por la profesión en 50% (n=49) en médicos y el otro 50% en psicólogos (Figura 2).

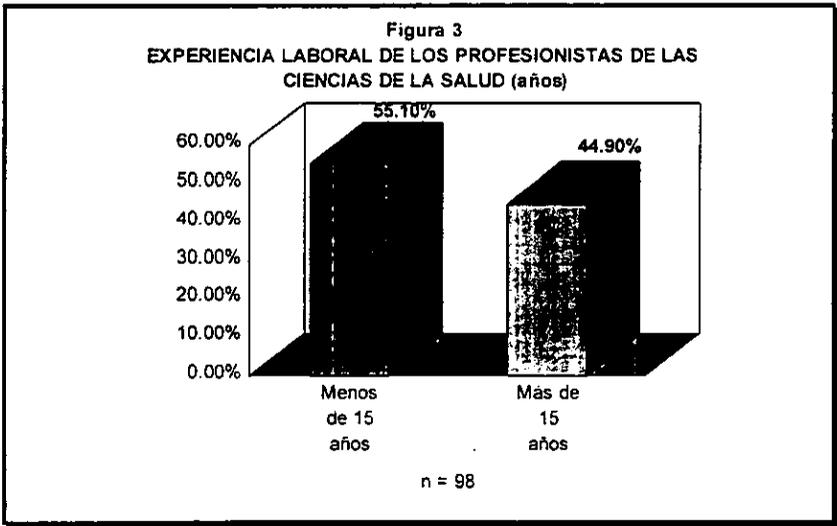


Experiencia laboral

Respecto a la experiencia laboral de los médicos y psicólogos, se dividió en dos grupos:

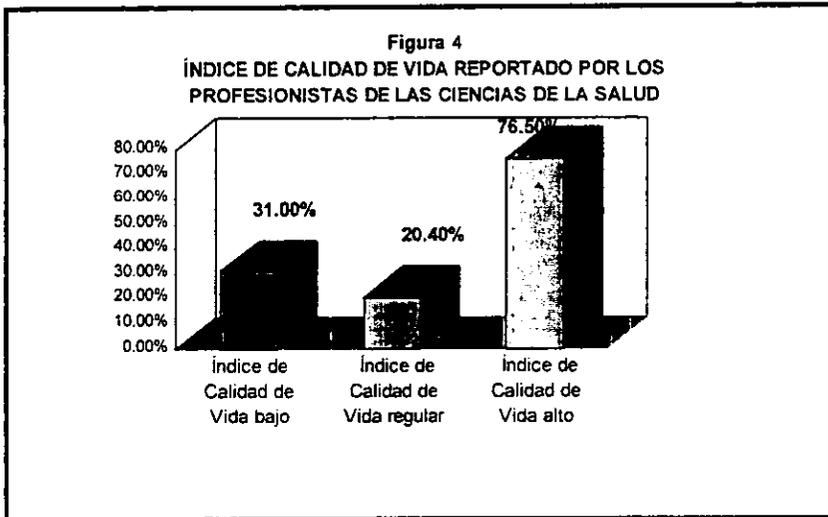
menos de 15 años de experiencia laboral y más de 15 años.

Encontrando para los 98 sujetos encuestados, que el promedio de los años de experiencia fue de 14.969 años, con una desviación de 6.890, siendo el mínimo de 1 año y de 30 años el máximo; asimismo se encontró que 10.2% tenía 10 años de experiencia laboral. Siendo 55.1% el que tenía menos de 15 años de experiencia laboral y 44.9% aquel con más de 15 años de experiencia laboral (Figura 3).



2) ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

Se encontró que de los 98 sujetos 31% reportaron un Índice de Calidad de Vida bajo, 20.4% reportó un Índice de Calidad de Vida regular y por último 76.5% tuvieron un Índice de Calidad de Vida alto. (Figura 4)



3) ANÁLISIS COMPARATIVO

Se realizó un análisis de correlación para las variables de control, con el fin de medir el grado de asociación entre éstas (edad, profesión y experiencia laboral) y el Índice de Calidad de Vida, satisfacción general con la vida, así como satisfacción por las cinco áreas y percepción por áreas.

Al comparar la edad de los sujetos de la muestra, la cual se dividió en dos grupos; en donde el grupo 1 se conformaba con sujetos de edades entre 30 y 40 años y el grupo 2 contenía a aquellos sujetos que sus edades oscilaban entre 41 y 55

años con las variables dependientes, se encontró que de acuerdo a una prueba de "t" de Student, sólo existe evidencia estadística de diferencia entre los grupos de edad para la **satisfacción del trabajo** ($t=2.17$, g.l.= 96, $p<.032$), así como en la **percepción de la familia** ($t=2.03$, g.l.=83.11, $p<.046$) y la **percepción del trabajo** ($t=2.77$, g.l.=86.55 $p<.007$). Tanto en la satisfacción del trabajo como en la percepción del área de familia y de trabajo, el grupo con mayor satisfacción y con una percepción más positiva fueron los sujetos pertenecientes al grupo 1; es decir aquéllos que tienen entre 30 y 40 años de edad. No así entre los dos grupos de edad para las siguientes variables: el Índice de Calidad de Vida; satisfacción general; la satisfacción de la familia, del tiempo libre, de la vida social y de la salud; además de la percepción del tiempo libre, vida social y salud; ya que el Índice de Calidad de vida, la Satisfacción y la Percepción fueron similares con respecto a los dos grupos de edad; es decir, independientemente de la edad, los valores obtenidos para estas tres variables fueron semejantes. Por otro lado se encontró, gracias a una prueba de Levene para probar la homogeneidad de las varianzas dentro de los grupos, una igualdad de varianzas, en el rubro de Índice de Calidad de Vida, Satisfacción general, satisfacción de la familia, del trabajo, del tiempo libre, vida social y salud, así como también en la percepción del tiempo libre, vida social y salud; con lo que se puede decir que los grupos son homogéneos. No encontrando ésto en la percepción familiar ($F=6.693$ $p<.01$) y de trabajo ($F=9.535$ $p<.003$); con lo que se puede decir que los grupos son heterogéneos (Tabla I).

Tabla I

Diferencia entre los grupos de edad para cada una de las variables dependientes

Variable independiente	Variable dependiente	F	p	t	g.l.	p	significativo
EDAD	Índice Calidad de vida	0.162	0.689	0.33	96	0.745	
EDAD	Satisfacción general	3.826	0.53	0.76	96	0.488	
EDAD	Satisfacción familia	0.14	0.709	1.38	96	0.17	

EDAD	Satisfacción trabajo	2.616	0.109	2.17	96	0.032	*
EDAD	Satisfacción tiempo libre	0.201	0.655	0.59	96	0.557	
EDAD	Satisfacción vida social	1.613	0.207	1.29	96	0.202	
EDAD	Satisfacción salud	0.079	0.78	0.97	96	0.334	
EDAD	Percepción familia	6.693	0.011	2.03	83.11	0.046	*
EDAD	Percepción trabajo	9.535	0.003	2.77	86.55	0.007	*
EDAD	Percepción tiempo libre	0.148	0.701	1.34	96	0.183	
EDAD	Percepción vida social	1.842	0.178	1.39	96	0.168	
EDAD	Percepción salud	1.944	0.166	1.82	96	0.072	

De igual manera se realizó una comparación entre la profesión (médico y psicólogo) para cada una de las cuatro variables dependientes: Índice de Calidad de Vida, satisfacción general con la vida, satisfacción por las cinco áreas y percepción por áreas, (Tabla II) para determinar si existía diferencia entre las profesiones, sin embargo se encontró que todos los valores en el Índice de Calidad de vida, la Satisfacción general, Satisfacción por área, y la Percepción por área fueron semejantes para los dos tipos de profesión, por lo que la diferencia no es significativa, lo cual habla de una independencia, ésto es, independientemente de la profesión los valores de las variables dependientes son similares. Además, se mostró por medio de una prueba de Levene la homogeneidad de las varianzas dentro de los grupos de las profesiones lo cual garantiza la validez de las pruebas, al encontrar que las varianzas son homogéneas, una igualdad de varianzas, en el rubro de Índice de Calidad de Vida, Satisfacción general, satisfacción familiar, del trabajo y del tiempo libre, así como también en la percepción del trabajo, del tiempo libre, vida social y salud; con lo que se puede decir que los grupos son homogéneos. No encontrando ésto en la satisfacción de vida social, salud y percepción familiar, ya que hay desigualdad de varianzas ($F=5.658$ $p<.019$, $F= 6.496$ $p< .012$ y $F=4.965$ $p<.028$).

TABLA II

Diferencia entre los grupos de la profesión para cada una de las variables dependientes

Variable independiente	Variable dependiente	F	p	t	g.l.	p	significativo
PROFESION	Índice Calidad de vida	0.656	0.42	-0.27	96	0.79	
PROFESION	Satisfacción general	0.452	0.503	0.8	96	0.933	
PROFESION	Satisfacción familia	1.359	0.247	-0.17	96	0.865	
PROFESION	Satisfacción trabajo	2.515	0.116	-0.91	96	0.363	
PROFESION	Satisfacción tiempo libre	0.005	0.944	-0.79	96	0.433	
PROFESION	Satisfacción vida social	5.658	0.019	-0.85	80.44	0.396	
PROFESION	Satisfacción salud	6.496	0.012	-0.19	81.08	0.847	
PROFESION	Percepción familia	4.965	0.028	0.4	87.83	0.692	
PROFESION	Percepción trabajo	0.083	0.774	-1.41	96	0.161	
PROFESION	Percepción tiempo libre	0.433	0.512	-1.8	96	0.075	
PROFESION	Percepción vida social	3.768	0.055	-0.92	96	0.359	
PROFESION	Percepción salud	991	0.322	-0.74	96	0.463	

Por último se compararon la experiencia laboral, la cual se dividió en dos grupos, en donde el grupo 1 contenía a aquellos profesionistas que tenían menos de 15 años de experiencia laboral, mientras el grupo 2 incluía a los sujetos con más de 15 años de laborar y las variables dependientes (el Índice de Calidad de Vida, satisfacción general con la vida, satisfacción por las cinco áreas y percepción por áreas), en donde sólo se encontró valores diferentes en la **percepción del trabajo debido a la experiencia laboral** ($t = 2.90$ g.l.=74.45 $p < .005$); es decir existe dependencia entre la experiencia laboral y la percepción del trabajo. Observándose que de los dos grupos de experiencia laboral, el que tuvo una percepción más positiva fueron los sujetos que están en el grupo que tienen menos de 15 años de experiencia laboral. A su vez gracias a una prueba de Levene para probar la homogeneidad de las varianzas dentro de los grupos, se

demostró una igualdad de varianzas para todos los rubros, con lo que se confirma la homogeneidad de los grupos, sin embargo existe una excepción,

encontrándose heterogeneidad en los grupos con respecto a la percepción del trabajo. ($f=9.535$ $p<.003$) Ver tabla III

TABLA III

Diferencia entre los grupos de la experiencia laboral para cada una de las variables dependientes

Variable independiente	Variable dependiente	F	p	t	g.l.	p	significativo
Experiencia laboral	Índice Calidad de vida	0.328	0.568	-0.53	96	0.6	
Experiencia laboral	Satisfacción general	0.048	0.827	0.2	96	0.844	
Experiencia laboral	Satisfacción familia	0.755	0.387	-0.86	96	0.39	
Experiencia laboral	Satisfacción trabajo	0.103	0.749	0.12	96	0.904	
Experiencia laboral	Satisfacción tiempo libre	1.209	0.274	-0.59	96	0.56	
Experiencia laboral	Satisfacción vida social	2.508	0.117	0.61	96	0.545	
Experiencia laboral	Satisfacción salud	1.407	0.239	0.26	96	0.797	
Experiencia laboral	Percepción familia	0.831	0.364	-0.05	96	0.961	
Experiencia laboral	Percepción trabajo	10.68	0.002	2.9	74.45	0.005	*
Experiencia laboral	Percepción tiempo libre	0.029	0.866	0.38	96	0.704	
Experiencia laboral	Percepción vida social	0.046	0.83	1.07	96	0.288	
Experiencia laboral	Percepción salud	0.692	0.408	1.66	96	0.1	

4) VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Para validar los instrumentos 2 (Satisfacción por áreas) y 3 (Percepción por áreas) se cruzaron las variables Percepción área y satisfacción por área; encontrando que existe una asociación significativa para todas las áreas de la vida. (Tabla IV)

Tabla IV
Asociación entre la satisfacción y la percepción de las áreas de la vida.

Area	χ^2	g.l.	p	significativo	r_s	p	significativo
Familia	114.07258	15	0.000001	*	0.6849	0.000001	*
Trabajo	135.77139	24	0.000001	*	0.65569	0.000001	*
Tiempo libre	119.44352	20	0.000001	*	0.76021	0.000001	*
Vida social	164.65705	20	0.000001	*	0.72399	0.000001	*
Salud	226.1042	20	0.000001	*	0.8318	0.000001	*

También para validar el instrumento 2 (Satisfacción por área) y el instrumento 4 (Satisfacción por área por indicador) se cruzaron las variables Promedio satisfacción por área por indicadores y satisfacción por área. Para el área de la familia, tiempo libre, vida social y salud, se encontró una asociación significativa y una correlación significativa medida a través de un coeficiente de Spearman. Mientras que para el área de trabajo se encontró una correlación significativa solamente mediante el coeficiente de Spearman. (Tabla V).

Tabla V
Asociación entre la satisfacción de las áreas de la vida y la satisfacción por área por indicadores.

Area	χ^2	g.l.	p	significativo	r_s	p	significativo
Familia	53.37714	10	0.000001	*	0.47324	0.000001	*
Trabajo					0.33469	0.01921	*

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Capítulo III

Ferráz Pérez Marínca Gabriela

Tiempo libre	36.9665	10	0.00006	*	0.49629	0.000001	*
Vida social	20.79456	10	0.02257	*	0.33469	0.00076	*
Salud	38.72402	10	0.00003	*	0.50183	0.000001	*

En el mismo sentido se cruzaron las variables Satisfacción por área y Satisfacción general con la vida en general; hallando para el área de la familia un asociación significativa, lo mismo se encontró para las diferentes áreas de la vida; el área de trabajo, el área de tiempo libre, el área de vida social, mientras que para el área de salud se encontró una correlación significativa a través de un coeficiente de Spearman solamente.(Tabla VI)

Tabla VI

Asociación entre la satisfacción de las áreas de la vida y la satisfacción general con la vida.

Area	χ^2	g.l.	p	significativo	r_s	p	significativo
Familia	72.71608	30	0.00002	*	0.29879	0.0028	*
Trabajo	50.50104	36	0.0555	*	0.25849	0.01017	*
Tiempo libre	72.87092	30	0.00002	*	0.32527	0.00108	*
Vida social	92.54364	30	0.000001	*	0.25497	0.01129	*
Salud					0.27493	0.00615	*

Así como también se cruzaron las variables Percepción por área y satisfacción por área por indicadores. Para el área de la familia, se encontró una asociación significativa, lo mismo ocurrió en el caso del área de trabajo encontrando una correlación significativa medida a través de un coeficiente de Spearman; así también para el área de tiempo libre, para el área de vida social y por último para el área de la salud, se encontró también una asociación significativa.(Tabla VII)

Tabla VII

Asociación entre la percepción de las áreas de la vida y la satisfacción por área por indicadores.

Area	χ^2	g.l.	p	significativo	r_s	p	significativo
Familia	75.00597	6	0.000001	*	0.53149	0.000001	*
Trabajo					0.27493	0.00615	*
Tiempo libre	37.778	8	0.00001	*	0.52107	0.000001	*

Vida social	26.96682	8	0.00072	*	0.41908	0.00002	*
Salud	52.32998	8	0.000001	*	0.61523	0.000001	*

5) ASOCIACION DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA

5.1) Asociación del Índice de Calidad de Vida y la Satisfacción en General

Al cruzar el índice general de calidad de vida y la satisfacción con la vida en general se encontró, que existe una alta asociación entre ambas variables, estadísticamente significativas ($\chi^2=47.90833$, g.l.= 12, $p<0.000001$), por lo que se puede interpretar, que los sujetos con bajos niveles de Calidad de Vida, reportan bajos niveles de satisfacción con su vida en general, asimismo los sujetos con niveles altos de calidad de vida, muestran valores altos en su satisfacción general.

5.2) Asociación del Índice de Calidad de Vida y la Satisfacción por área

Asimismo, se estableció la asociación, a través de coeficientes de correlación, entre el índice general de calidad de vida y la satisfacción por áreas, encontrándose que existe una alta asociación entre ambas variables, estadísticamente significativas ($\chi^2=426.10067$, g.l.= 10, $p<0.00361$), por lo que se puede interpretar, que los sujetos con bajos niveles de calidad de vida, reportan bajos niveles de satisfacción en el área familiar, asimismo los sujetos con niveles altos de calidad de vida, muestran valores altos en su satisfacción con respecto al área de familia. Asimismo para el área de trabajo ($\chi^2=22.52218$ g.l.=12 $p<.03207$) y el área de vida social ($\chi^2=21.40871$ g.l.=10 $p<.00161$). Sin embargo para las áreas de tiempo libre y salud no se encontró una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=6.65693$ g.l.=10 $p>.75739$ y $\chi^2=10.81889$ g.l.=10 $p>.37180$)

5.3) Asociación del Índice de Calidad de Vida y la Percepción por área

En el mismo sentido se cruzaron el índice general de calidad de vida y la percepción en la familia se encontró, que existe una alta asociación entre ambas variables, estadísticamente significativas ($\chi^2=19.71660$, g.l.= 6, $p<0.00311$), por lo que se puede interpretar, que los sujetos con bajos niveles de Calidad de Vida, reportan una percepción negativa, asimismo los sujetos con niveles altos de calidad de vida, muestran una percepción positiva, en el área de la familia. Lo mismo se demuestra para las áreas de trabajo ($\chi^2=20.64038$, g.l.= 8, $p<0.00817$) pero no así para el área de tiempo libre ($\chi^2=5.07905$ g.l.=8 $p>.74910$) vida social ($\chi^2= 7.84802$, g.l.= 8, $p>44846$) y salud ($\chi^2= 8.03469$ g.l.= 8 $p>43009$).

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al realizar un análisis de los resultados con relación a las respuestas que los profesionistas de las Ciencias de la Salud (Médicos y Psicólogos) otorgaron a los cuestionarios que midieron Calidad de Vida, Satisfacción general con la vida, Satisfacción de las áreas de la vida y Percepción de las áreas de la vida, se encontró que existe asociación entre la percepción y la satisfacción de los sujetos, ésto confirma lo mencionado por Levi y Anderson (1980) quienes dicen que la Calidad de Vida es una medida compuesta por bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo además de felicidad, satisfacción y recompensa.

Por otra parte Brock (1996) comenta que a la Calidad de Vida se le puede dar un número de interpretaciones más o menos amplias, según lo que abarquen los factores evaluativos con respecto a la vida de una persona, que se consideren incluidos en ella. En esta investigación las áreas que se tomaron en cuenta respecto a la vida de las personas fueron: área familiar, el área de trabajo, la vida social, el tiempo libre y la salud.

Con respecto al área de tiempo libre Jeffres y Dobos realizaron una investigación en 1993, en donde encontraron que el valor del tiempo libre es significativo y positivamente relativo para la Calidad de Vida, sin embargo los resultados de dicha investigación no se cumplen en este estudio, ya que en este caso para los 98 profesionistas de las Ciencias de la Salud dentro de las áreas de la vida, el tiempo libre no es significativo con relación a su Calidad de Vida.

Cabe mencionar que Andrews y Whitey (1976) insisten en que la Calidad de Vida no es un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino la evaluación que cada individuo realiza de ella, ésto se reflejó cuando se realizó un análisis comparativo entre los grupos de edades y el índice de la Calidad de Vida, la

Satisfacción general con la vida, Satisfacción de las áreas de la vida y Percepción de las áreas de la vida, encontrando que solo existe diferencia entre los grupos de edad para la satisfacción del trabajo, la percepción familiar y la percepción del trabajo, lo que indica que independientemente de la edad, la cual se podría considerar una variable real y objetiva causante de diferencias, los sujetos realizan una evaluación obteniendo valores semejantes no importando los rangos de edad. Esto también se demuestra cuando se compara la percepción de las áreas de la vida con los diferentes grupos de experiencia laboral, ya que solo existen diferencias entre grupos en el rubro de la percepción laboral.

El factor predicador en la investigación elaborada por Mezieres y Boak (1994) en relación a la Calidad de Vida fue la calidad de los programas educativos; en la presente investigación se puede hablar de la Satisfacción general con la vida, debido a que los sujetos con una satisfacción alta en la vida en general reportaron tener una satisfacción también elevada para todas las áreas de la vida, por lo tanto si índice de Calidad de Vida también fue alto.

Se hace necesario destacar un estudio realizado por González-Celis, Esquivel y Cárdenas (1997) en donde se encontró que el grado de Calidad de Vida está asociado con el nivel de satisfacción total para todas las áreas de la vida, de igual manera se observó una asociación entre la percepción para las áreas de Salud, Trabajo y Vivienda, con el grado de satisfacción para estas áreas. Sin embargo la percepción y la satisfacción con la familia no están asociadas. Asimismo se detectó una asociación entre la Calidad de vida y la Satisfacción para las áreas de Salud, Trabajo y Vivienda; no así para el área de la familia, lo cual en esta investigación se cumple, ya que existe asociación entre la percepción para las áreas de Familia, Trabajo, Tiempo Libre, Vida Social y Salud con el grado de satisfacción para estas mismas áreas. Así también se encontró asociación entre la Calidad de vida y la Satisfacción general con la vida, sin embargo se hallaron diferencias en cuanto a la asociación entre la Calidad de Vida y percepción del

área de familia y Calidad de Vida y satisfacción de la misma área, ya que en esta investigación si se encontró asociación.

Otro estudio de suma relevancia en cuanto a los hallazgos de esta investigación es el de Palomar (1995), ya que se pudo corroborar que los sujetos de la muestra consideran que lo más importante en sus vidas es su familia, el bienestar económico y el desarrollo personal, así como la sociabilidad y los amigos cercanos. En el presente estudio se encontró también que las áreas de la vida con mayor importancia son la familia, el trabajo y la vida social; en donde se engloba la integración familiar, la comunicación, la toma de decisiones, la relación con los hijos, el éxito laboral, la remuneración económica, el ambiente laboral, los logros, las expectativas, la convivencia con la pareja, con los amigos, con los familiares, la diversión y el ser miembro de algún club, lo cual afirma la tesis de Palomar (1995), la cual explica que en nuestra cultura lo que mejor explica la Calidad de Vida son las redes sociales y la familia nuclear.

Los descubrimientos más importantes que se hallaron en esta investigación, se mencionaran a continuación. Por una parte se observó una asociación entre la percepción para las áreas de familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud con el grado de satisfacción para éstas áreas. Asimismo esto ocurrió para la satisfacción por área por indicadores y la satisfacción por área; la satisfacción por área y satisfacción general y la percepción por área y la satisfacción por área por indicadores. De igual manera se encontró una asociación entre el índice de Calidad de Vida con la percepción de la familia y del trabajo. A su vez también se descubrió asociación entre la Calidad de Vida y la satisfacción general con la vida y por último la Calidad de Vida y la satisfacción de la familia, trabajo y vida social. Al respecto Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban (1982) definen la Calidad de Vida como el conjunto de valoraciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual, lo cual se puede apreciar en esta investigación ya que de las cinco áreas de la vida presentadas a los profesionistas de las Ciencias de la Salud (médicos y psicólogos) la familia, el trabajo y la vida social son las que

adquieren mayor importancia dentro de su Calidad de Vida, no teniendo dicha relevancia las áreas de tiempo libre y salud.

Otro aspecto importante que se destacó dentro de este estudio fue el hecho de que independientemente de la edad, la profesión y la experiencia laboral, los profesionistas de las Ciencias de la Salud, es decir, los 49 médicos y los 49 psicólogos reportan valores semejantes con respecto a la Calidad de vida; concluyéndose así que la edad, profesión y experiencia laboral no son aspectos determinantes para la Calidad de Vida de los 98 sujetos encuestados, solo con la excepción los hallazgos de diferencias entre los grupos de edad para la satisfacción con el trabajo, la percepción de la familia y la percepción del trabajo, donde el grupo que contenía a los sujetos dentro de las edades de 30 y 40 años reportaron tener mayor satisfacción, así como también hubo diferencias en la percepción del trabajo debido a los diferentes años de experiencia laboral, siendo los sujetos que tenían menos de 15 años de experiencia laboral los que reportaron tener una percepción más positiva. Eso se puede deber a lo que mencionan Shin y Johnson (1978) acerca de que la Calidad de Vida es la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás. Aspectos dependientes todos del conocimiento y la experiencia previa del sujeto. A su vez por los comentarios de Veenhoven (1996), acerca de que las apreciaciones subjetivas de la Calidad de Vida, involucran juicios en términos de satisfacción, juicios de las cosas que han afectado la propia vida, juicios que se construyen sobre la estructura de las creencias y valores de las personas (Solomon, 1993).

Diener (1984) comenta que las apreciaciones subjetivas frecuentemente involucran juicios en términos de satisfacción. Por lo que la satisfacción es un concepto central en la investigación de la Calidad de Vida subjetiva. Puesto que si se considera que la Calidad de Vida debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de

vida, y por tanto depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva o psicosocial, se debe subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas, felicidad, afecto positivo, aunque en esta investigación la Calidad de Vida se midió través de la satisfacción y la percepción se está de acuerdo con el autor en relación a la gran relevancia que tienen las apreciaciones subjetivas, sin embargo también se concuerda con Setién (1993), quien habla de los indicadores de Calidad de Vida, explicando que son una nueva clase de indicadores sociales que se basan, tanto en hechos objetivamente observables y en las condiciones de vida en la sociedad, como en las percepciones y juicios subjetivos de la propia gente respecto de su vida y sus circunstancias concretas.

V. PROPUESTA DEL MODELO DE CALIDAD DE VIDA

Evaluaciones objetivas y Apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial

En este capítulo se concretiza la propuesta de la presente investigación, la cual fue proponer un modelo de medición psicosocial de Calidad de Vida que integrará evaluaciones objetivas y apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial en un grupo de profesionistas de las Ciencias de la Salud.

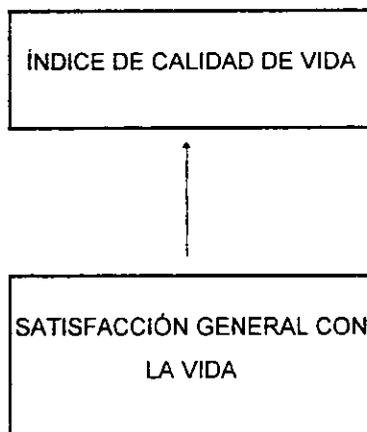
Las evaluaciones objetivas constaron de las cinco áreas de la vida, es decir: el área de familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud mientras que las apreciaciones subjetivas involucraron juicios en términos de satisfacción y percepción.

En específico para los 98 individuos que constituyeron la muestra de estudio, donde las características fueron la profesión: médicos y psicólogos, la edad: de 30 a 55 años y la experiencia laboral: de menos de 15 años y de más de 15 años de experiencia laboral, a partir de ello el modelo que se propone incluye las siguientes variables:

Lo que se aprecia en la figura 5 significa que los sujetos con alto índice de Calidad de Vida reportaran altos niveles de satisfacción con la vida en general, por lo tanto los sujetos con bajo índice de Calidad de Vida mostrarán valores bajos en su satisfacción con la vida en general.

Figura 5

Índice de Calidad de Vida a través de la Satisfacción general con la Vida



Para el grupo estudiado, es decir para los 49 médicos y los 49 psicólogos, las variables que predicen el Índice de Calidad de Vida son la satisfacción en las áreas de familia, trabajo y vida social. Sin embargo las áreas de tiempo libre y salud no son variables predictoras con respecto al Índice de Calidad de Vida. (Figura 6)

Figura 6

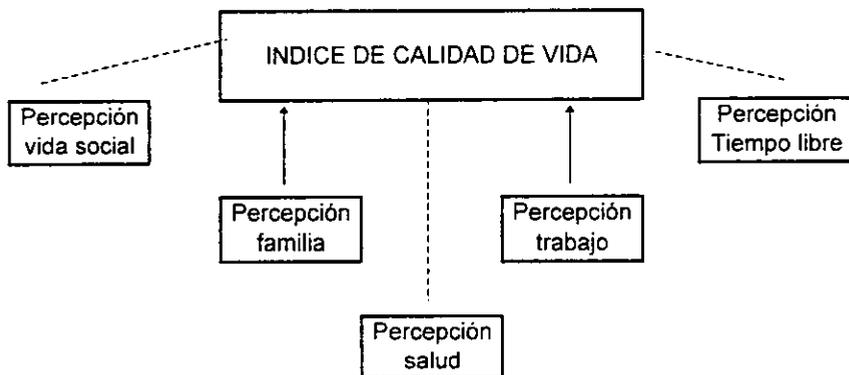
Índice de Calidad de Vida en función de la satisfacción por áreas



Respecto a otras variables, la percepción del área de familia y de trabajo son aquéllas que predicen el Índice de Calidad de Vida, es decir si se tiene una percepción positiva se podrá hablar de un alto Índice de Calidad de Vida, sin embargo el área vida social, tiempo libre y salud, no son variables que ayuden a predecir el Índice de Calidad de Vida. (Figura 7)

Figura 7

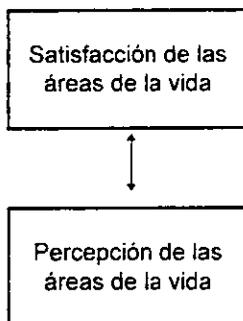
Índice de Calidad de Vida teniendo como indicador a la percepción por área



Lo que la figura 8 representa es la asociación entre la satisfacción y la percepción, es decir si se tiene una alta satisfacción en determinada área de la vida (familia, trabajo, tiempo libre, vida social y salud) se tendrá una percepción positiva acerca de ella, y viceversa; si se reporta una baja satisfacción se tendrá una percepción negativa.

Figura 8

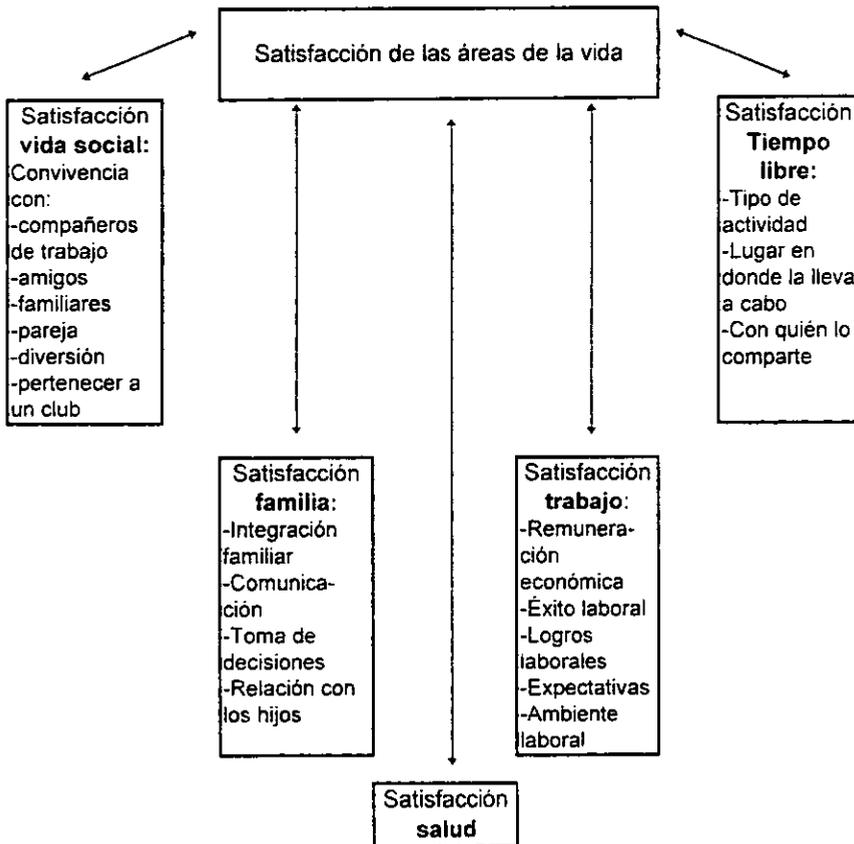
Asociación entre la satisfacción por áreas de la vida y la percepción por áreas



Como se puede apreciar la figura 9 representa la asociación entre la satisfacción de las áreas de la vida y la satisfacción de dichas áreas evaluadas por indicadores, observando que existe una asociación en donde la que se asocia más es el área de familia, salud, tiempo libre, vida social y trabajo.

Figura 9

Asociación entre la satisfacción por áreas de la vida y satisfacción por áreas de la vida por indicador



La satisfacción general con la vida engloba la satisfacción de las áreas de la vida; siendo la relación más fuerte con el área de la vida social, tiempo libre, familia, trabajo y por último la salud. Además es importante resaltar la asociación que existe entre la satisfacción general con la vida y la satisfacción con las áreas de la vida, es decir si una persona reporta tener una alta satisfacción con su vida en general tendrá también una alta satisfacción en las áreas de su vida (Figura 10).

Figura 10

Asociación entre la Satisfacción general con la vida y la satisfacción por áreas

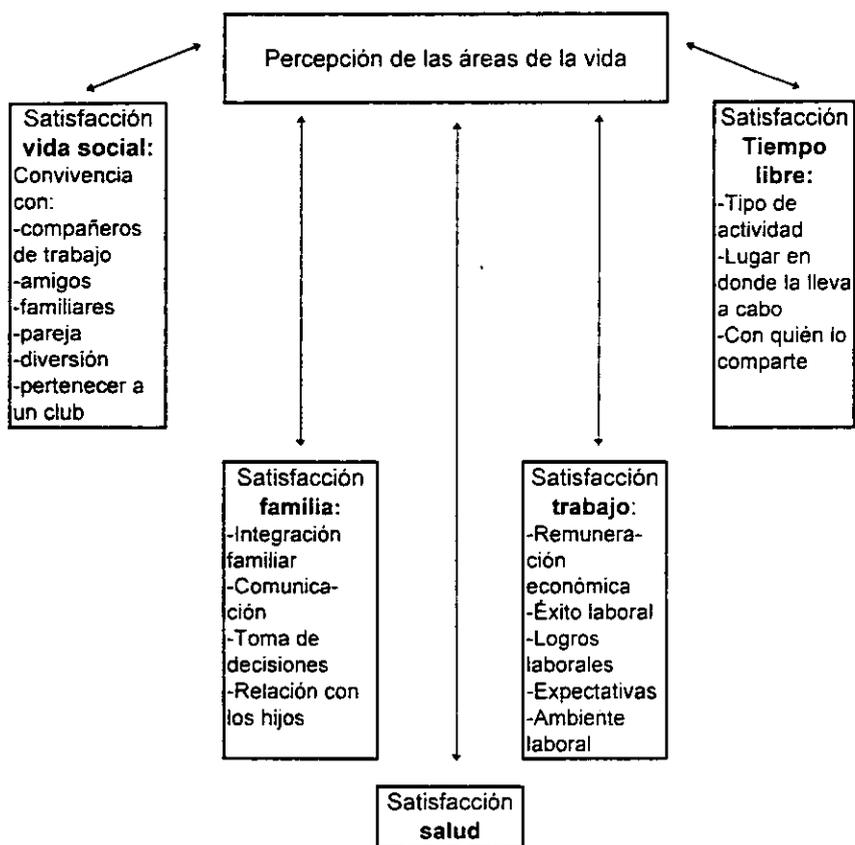


Entre la percepción de las áreas de la vida y la satisfacción de dichas áreas evaluadas por indicadores, existe una asociación en donde la que se asocia más es el área de familia, salud, tiempo libre, vida social y trabajo.

Es relevante comentar que se encontró dentro del modelo propuesto, que cuando se mide la satisfacción de las áreas de la vida por indicadores, ya sea esta con la percepción o satisfacción el orden de importancia es el siguiente: familia, salud, tiempo libre, vida social y trabajo (Figura 11).

Figura 11

Asociación entre la percepción por áreas de la vida y la satisfacción de las áreas de la vida por indicador.



Se recomienda trabajar diferentes áreas de la vida, para que poco a poco el estudio de las variables predecibles de la Calidad de la Vida sea más completo; por ejemplo: el desarrollo profesional, la relación interpersonal con los vecinos de la comunidad, el medio ambiente, la vivienda, etc.

VI. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se desglosan de este estudio son las siguientes:

1. Al analizar la variable edad con las variables dependientes, se mostró que en los grupos de esta variable (de 30 a 40 años de edad y de 41 a 55 años) hay semejanza dentro de ellos con respecto a la Calidad de Vida, Satisfacción general con la vida, Satisfacción del área de tiempo libre, vida social y salud, así como la percepción del área de tiempo libre, vida social y salud.

2. Con respecto a la variable edad, también se observó que la Satisfacción del área de familia y trabajo y la Percepción del área de trabajo son diferentes en los sujetos que conforman el grupo de edades entre 30 y 40 años de edad en comparación de los sujetos que sus edades oscilan entre los 41 y 55 años de edad, observándose que los sujetos con edades entre los 30 y 40 años reportaron tener mayor satisfacción y una percepción más positiva respectivamente.

3. Cuando se examinó la variable profesión, que incluía tanto a médicos como a psicólogos, con las variables dependientes, se expuso que en dichos grupos, hay similitudes dentro de ellos con respecto a la Calidad de Vida, Satisfacción general con la vida, Satisfacción de las áreas de la vida y la percepción de las áreas de la Vida.

4. La experiencia laboral, fue una variable que contenía a los sujetos con menos de 15 años de experiencia laboral y aquellos con más de 15 años de laborar, la cual también se analizó con respecto a las variables

dependientes mostrando en su análisis una diferencia con respecto a la percepción del trabajo.

5. Asimismo para la variable experiencia laboral se observó que en la Calidad de Vida, Satisfacción general con la vida, Satisfacción de las áreas de la vida y la Percepción del área de familia, tiempo libre, vida social y salud hay semejanzas dentro de los grupos de ésta variable.

6. En cuanto a la variable experiencia laboral se encontró diferencia en cuanto a los grupos con relación a la percepción del área de trabajo, ya que los sujetos con menos de 15 años de experiencia laboral reportan tener una percepción más positiva que los sujetos que tienen más de 15 años de laborar.

7. Algo de suma importancia, que se pudo comprobar dentro de este estudio es el hecho que la satisfacción es un índice de la Calidad de Vida, ya que se puede hablar de que los sujetos con altos niveles de Calidad de Vida reportan altos niveles de satisfacción, asimismo los sujetos con bajos niveles de Calidad de Vida tendrán una satisfacción baja.

8. También se confirmó que la percepción es un índice importante de la Calidad de Vida, debido a que los sujetos que reportan tener altos niveles de Calidad de Vida tienen una percepción positiva.

9. En los profesionistas de las Ciencias de la Salud, es decir en los médicos y psicólogos se observa que dentro de las áreas de la vida, las que cobran mayor importancia son el área de la familia, trabajo y vida social; ya que reportan tener mayor satisfacción y una mejor percepción acerca de ellas.

10. El instrumento que se construyó para medir la Calidad de Vida en este estudio, es válido, en cuanto que realmente mide el bienestar subjetivo, a través de la satisfacción y la percepción.

11. Se propone que este instrumento sea de utilidad para posteriores investigaciones, de manera que se pueda estudiar a muestras con características distintas para descubrir y conocer su índice de Calidad de Vida.

12. Sería importante profundizar la investigación en este campo, de manera que pudieran estudiarse otras variables, como por ejemplo: el desarrollo profesional, la relación interpersonal con los vecinos de la comunidad, el medio ambiente, etc. para conocer si están relacionadas con la Calidad de Vida; así como también para ampliar el campo acerca de las diferentes áreas de la vida.

13. En este estudio se dio a conocer la Calidad de Vida de una muestra en particular, conociendo que están satisfecho en ciertas áreas de la vida, y como perciben dichas áreas; sin embargo se propone la construcción de un instrumento que tenga el alcance para responder el por que se está satisfecho con las respectivas áreas de la vida.

14. Tiene una enorme relevancia el estudiar la Calidad de Vida, debido a que se conoce que variables contribuyen a mejorarla y con ese conocimiento se pueden realizar programas de intervención para mejorar la Calidad de Vida y así tener un mejor funcionamiento, una mayor y mejor convivencia, una valoración de nosotros y de nuestra vida; es decir se podría hablar de llegar a ser mejores personas.

15. La importancia que tuvo el trabajar con profesionistas de las Ciencias de la Salud fue, el hecho de que tanto médicos como psicólogos están en contacto con pacientes prestando un servicio, esperando que dicho servicio sea con calidez tanto profesional como personal, es decir si el servidor público tiene un índice de Calidad de Vida elevado, el trato con los

pacientes será mejor; ya que si un individuo se siente bien consigo mismo y con área laboral, su funcionamiento podrá ser más adecuado.

16. Sería muy importante estudiar a profundidad el posible nexo causal entre la Calidad de Vida de los profesionistas de la salud con la atención que brindan a los pacientes, principalmente en estancias gubernamentales, lo cual sería una propuesta a trabajar.

17. Por último no se debe olvidar lo mencionado por Nietzsche (citado en Frankl, 1996) "*quien tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre el cómo*". Frankl, (1996) comenta que la cuestión psicológica es de suma importancia para la supervivencia de situaciones difíciles, encontrándose que el hombre a través del amor y el humor puede conocer la felicidad. Así en las peores condiciones el hombre puede conservar un vestigio de la libertad espiritual, de independencia mental, ya sea baja tensiones físicas y psíquicas. Es importante conocer que una de las libertades humanas para poder llegar a tener una vida más completa y estar satisfechos con ella puede depender de la elección de la actitud personal ante el conjunto de circunstancias. En última instancia, vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo, ya que ningún hombre ni ningún destino pueden compararse a otro hombre o a otro destino. El hombre es el ser que decide lo que es y su forma de vida. Por lo que el estudio de la Calidad de Vida es un medio para descubrir las actitudes y metas que puedan tener las personas, las cuales generaran que una vida sea más valorada y apreciada que otra.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbey, A. (1994) "Psychosocial Predictors of Life Quality: How are they affected by Infertility, gender y parenthood?" en: Journal of Family Issues V.15 (2) p. 253-271
- Allardt, E. (1996) "Tener, Amar, Ser: Una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar". En: Nussbaum, M. Y Sen, A. La Calidad de Vida. Ed Fondo de Cultura Económica. México p.126-134
- Andrews, F. y Robinson, J. (1991) "Measures of subjective well-bening" en: J. P. Shavor, L. Wrightsman (Comps). Measures of personality and social psychological attitudes. Nueva York Acad. Presss.
- Andrews, F. y Whitey, S. (1976) "Social Indicators of well-being". American's perceptions of life quality. Nueva York : Plenum Press
- Ávila,R. (1984) "El proceso de producción y organización del conocimiento en el campo de Salud", en Educación y Salud, ENEP-I, U.N.A.M. México.
- Batista-Foguet, J.(1994) "Actitudes y calidad de vida". En: M. Alvarez (Comp.) Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros. Ministerio de asuntos sociales, instituto de la Mujer, madrid, 335-374
- Blanco, A. (1985) "La evaluación de la calidad de vida". En: J. F. Morales (Comp.). Psicología social aplicada. Bilbao, DDB.

- Bliss, Ch. (1996) "El estilo de vida y el estándar de vida". En: Nussbaum, M. Y Sen, A. La Calidad de Vida. Ed Fondo de Cultura Económica. México p.534-551
- Bowling, A. (1992) Measuring health: a review of quality of life measures scales. Univ. Press.
- Bradburn, N. (1969) The structure and Psychological well-being. Chicago: Aldine
- Brock, D. (1996) "Medidas de Calidad de Vida en el cuidado de la salud y la ética médica". En: Nussbaum, M. Y Sen, A. La Calidad de Vida. Ed Fondo de Cultura Económica. México p. 135-175
- Camerer, M. y Bruce, S. (1993) "Differences in Belief systems about friendship employed by two groups of adolescents with Mild Handicaps". Paper presented at the Annual Meeting of American Educational Research Association. Atlanta, G.A.
- Campbell, A., Converse, Ph. y Rodgers, W. (1976) The quality of life. New York: Russell Sage Foundation.
- Casas, T. (1982) Población, Desarrollo y Calidad de Vida. España Ed. RIALP, S. A.
- Chávez, C. (1991) "Bienestar social y nivel de vida", en: Revista Trabajo Social, 45 p. 19-45 México.
- Voices for Illinois Children (1994) "Chicago Kids Count community by Profiles of Child Well-being". Chicago.

- Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica (1993) "Serving the Nation's Students with Disabilities": Progress and prospects National Annual on disability. Washington, D.C.
- Congreso Estatal de la Población de Morelos (1995) "Un estudio de la Calidad de Vida en Morelos". Memorias del primer Simposio de "Calidad de vida, Salud y Ambiente". México:CRIM U.N.A.M
- Day, R. (1987) "Relationships between life satisfaccion and cosumer satisfaccion" en A. Coskun Samli (ed), Marketing and the quality of live interface. Nueva York Quorum Books.
- Diener, E. (1984) "Subjetive well-being", en: Psychological Bulletin, 95:542-575
- Diener, E. y Diener, C. (1995) "The wealth of nations revisited: Income and quality of life", en: Social Indicators Research, 36 (3): 275-286
- Diener, E., Suh, E., Smith, H. Y Shao, L. (1995) "National differences in reported subjective well-being: Whydo they occur?", en: Social indicator Research, 34 (1): 7-32
- Erikson, R. (1996) "Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar". En: Nussbaum, M. Y Sen, A. La Calidad de Vida. Ed Fondo de Cultura Económica. México p.101-118
- Flanagan, J. (1978) "A research approach to improving our quality of life", en: American Psychologist 33, 138-147

- Frankl, V. (1996) El hombre en busca de sentido. Ed. Herder Barcelona
- García, Q. y Lima, O. (1985) Necesidades humanas, Nivel de vida y Calidad y medio de vida. La Habana: Ed. Centro de estudios demográficos. Universidad de la Habana
- Grau, A. (1996) "Calidad de Vida: Problemas en su investigación". Material Inédito. Elaborado para el taller sobre Calidad de Vida. Conferencia Iberoamericana de Psicología de la Salud. UNAM. México. 17-21 Junio. p.67
- González-Celis, R., Esquivel, H. y Cárdenas (1997) "Calidad de Vida Subjetiva y Valores". Un análisis comparativo. Memorias del Segundo Simposio de "Calidad de Vida, Salud y Ambiente". México: CRIM U.N.A.M
- Guinsberg, E. (1990) Normalidad conflicto psíquico y control social. Plaza y Valdez / UAM México.
- Halpern, A. (1994) "Quality of Life for students with disabilities in transition from school to adulthood", en: Social Indicators Research V.33 (1-3) p.193-236
- Hartman, R. Y Cárdenas, T. (1976) Inventario de Valores Hartman (HVI). México: Manual Moderno.
- Headey, B., Holmstrom, E. y Wearing, A. (1984) "Well-Being and Ill-Being: Different Dimensions?" en: Social Indicator Research, 14 p. 115-139.
- Hernández, G. (1990) "Primero, Motivación. Después, Eficacia. La teoría de Maslow", en: Revista Trabajo Social p. 59-67 U.N.A.M.

- Horley , J. y Little, B. (1985) "Affective and Cognitive Components of Global Subjective Well-Being Measures", en : Social Indicator Research, 17 p. 189-197
- Instituto Mexicano del Seguro Social, "Análisis de la Calidad de Vida en un grupo de pacientes hipertensos".
- Jeffres, L. y Dobos, J. (1993) "Perceptions of leisure opportunities and the quality of life in a metropolitan area", en: Journal of Leisure Research V.25 (2) p.203-217
- Keith, K. y Schalock, R. (1994) "The measurement of quality of life in adolescence: The Quality of Student Life Questionnaire", en: American Journal of family Therapy V.22 (1) p. 83-87
- Lawton, Moss, Fulcomer y Kleban (1982) Psychological well-being in the age: factorial and conceptual dimensions. Filadelfia, Geriatric Center.
- Leelakulthain, O. y Day, R. (1992) "Quality of life in Thailand", en: Social Indicators Research V.27 p. 41-57
- Lenin, V. (1976) Medical Nemesis : the expropriation of health. N.Y.: Pantheon.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980) "La tensión psicosocial". Población, Ambiente y Calidad de la Vida. México: Ed. Manual Moderno
- Lu, L. (1995) "The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan". en: The Journal of Social Psychology, 135 (3): p. 351-357

- Menzies, T. y Boak, R. (1994) "The quality of life as perceived by students in a collage of applied arts and technology", en: College Student Journal V.28 (1) p.46-56
- Michalos, A. (1992) "Global report on students well-being", en: Religion, education, recreation and health. N. Y. : Springer-Verlag
- "Modelo moderno de atención a la salud", en: Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social. Abril 1993 P. 63-93
- Moller, V. (1996) "Intergenerational relations and time use in urban black South African households", en: Social Indicators Research. 37 (3): 303-332
- Moreno, B. y Ximenez, C. (1996) "Evaluación de la calidad de vida". En: G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. Carlos Sierra (Eds.). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España. Siglo XXI, p.1045-1070
- Olsen, M. y Merwin, D. (1977) "Toward a methodology for conducting social impact assessments using quality of social life indicators" en: K. Finsterbush and C.P. Wolf (eds.) Methodology of Social Impact Assessment. Stroudsburg, Pennsylvania: Dowden, Hutchinson y Ros. Inc.
- Ortiz, Q. (1991) La medicina está enferma. México. Limusa.
- Palomar-Lever, J. (1995) "Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida". Tesis de maestría. México: Facultad de Psicología. UNAM

- Puente, S. y Legorreta, J. (1988) Medio ambiente y Calidad de vida. México: Ed. Plaza y Valdés.
- Reimel, Sh. y Muñoz, C. (1990) "Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida". Univ. Simón Bolívar, Venezuela 1,2, 51-59
- Report on Scottsbluff (1994) "Community Need Survey". City of Scottsbluff, N. E. Community Development Div, Western Nebraska Community Coll, Scottsbluf. Office on Institutional Research
- Requena, F. (1995) "Friendship and subjective well-being in Spain: A cross-national comparison with the United States", en : Social Indicators Research, 35(3): 271-288
- Scanlon, T. (1996) "El valor, el deseo y la Calidad de Vida". En: Nussbaum, M. Y Sen, A. La Calidad de Vida. Ed Fondo de Cultura Económica. México p. 245-263
- Sen, A. (1996) "Capacidad y bienestar". En: Nussbaum, M. Y Sen, A. La Calidad de Vida. Ed Fondo de Cultura Económica. México p. 54-78
- Setién, S. (1993) "Indicadores Sociales de Calidad de Vida". Un Sistema de Medición aplicado al país Vasco. Madrid: Ed. Siglo XXI
- Shin, D. y Johnson, D. (1978) "Avowed Happiness as an overall assessment of quality of life", en: Social Indicator Research 5, 475-492

- Solomon, R. (1993) "The Passions: Emotions and the Meaning of life", Book Review for Dinner E. (1996). Social Indicators Research, 37 p. 225-226
- Tolstoi, L. (1960) The death of Ivan Ilych. N.Y. : Penguin, 1-61
- Vandale, T., Rodriguez, D., Laguna, G. y López, C. (1984) "Hacia una definición operativa del proceso salud-enfermedad", en: Educación Médica y Salud, Espacio 18 (2) OPS.
- Veenhoven, R. (1996) "Developments in satisfacción-research", en: Social Indicators Reserch, 37 (1): 1-46
- Veenhoven, R. (1997a) "Happy life-expeatancy. A new comprehensive measure of quality-of-life in nations", en: Social Indicators Research, 1-57
- Veenhoven, R. (1997b) "Advances in understanding happiness. Unpublished to appear in French", en: Revue Québécoise de Psychologie, 1-43
- Veenhoven R.y Ouweneel, P. (1995) "Livability of the welfare-state", en: Social Indicator Research, 36 (1) P. 1-48
- Viney, L. (1994) " A comparison of the Quality of Life of Terminal Cancer patients", en: Journal of Consulting and Clinical Psychology V.62 (1) p.157-164
- Waldegg, G. (1995) Procesos de enseñanza y aprendizaie II. Fundación SNTE para la cultura del maestro mexicano. P. 133-213
- Yanquelevich, G. y Méndez, A. (1986) Ensayos en interciencia 149, Facultad de Ciencias, U.N.A.M., México.

ANEXO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

CAMPUS IZTACALA

FOLIO: _____

El objetivo de los siguientes cuestionarios, es conocer la "Calidad de Vida" de personas que habitan en la ciudad de México, con la finalidad de realizar mi tesis de Licenciatura en Psicología, por lo tanto considero necesario comunicarle que toda la información será confidencial, esperando de usted plena sinceridad y confiabilidad en sus respuestas.

De antemano le agradezco su gran ayuda y tiempo dedicado.

*** GRACIAS ***

Edad: _____ Profesión: _____
Estado civil: _____ Sexo: _____
Experiencia laboral: _____ (años)
Tiene hijos SI () NO ()

INSTRUCCIONES:

En la parte superior de la siguiente hoja se encuentra una frase y abajo de ella pares de adjetivos extremos separados por siete líneas.

Marque con una cruz (x) el número que mejor corresponda a su satisfacción acerca de cada una de las situaciones que se le enuncian.

QUÉ TAN SATISFECHO ESTOY CON MI FAMILIA

1	2	3	4	5	6	7
MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE INSATISFECHO	ENTRE SATISFECHO E INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO

QUÉ TAN SATISFECHO ESTOY CON MI TRABAJO

1	2	3	4	5	6	7
MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE INSATISFECHO	ENTRE SATISFECHO E INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO

QUÉ TAN SATISFECHO ESTOY CON MI TIEMPO LIBRE

1	2	3	4	5	6	7
MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE INSATISFECHO	ENTRE SATISFECHO E INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO

QUÉ TAN SATISFECHO ESTOY CON MI VIDA SOCIAL

1	2	3	4	5	6	7
MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE INSATISFECHO	ENTRE SATISFECHO E INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO

QUÉ TAN SATISFECHO ESTOY CON MI SALUD

1	2	3	4	5	6	7
MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE INSATISFECHO	ENTRE SATISFECHO E INSATISFECHO	EN SU MAYOR PARTE SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO

Aquí hay algunas caras expresando varios estados de ánimo. Abajo de ellas hay una letra.

Marca con una cruz (X) la letra que mejor corresponda a tu percepción acerca de cada una de las situaciones que se te enuncian.

MI PERCEPCIÓN ACERCA DE MI FAMILIA es.....

						
A	B	C	D	E	F	G

MI PERCEPCIÓN ACERCA DE MI TRABAJO es.....

						
A	B	C	D	E	F	G

MI PERCEPCIÓN ACERCA DE MI TIEMPO LIBRE es.....

						
A	B	C	D	E	F	G

MI PERCEPCIÓN ACERCA DE MI VIDA SOCIAL es.....

						
A	B	C	D	E	F	G

MI PERCEPCIÓN ACERCA DE MI SALUD es.....

						
A	B	C	D	E	F	G

INSTRUCCIONES

Por favor marque con una cruz qué tan satisfecho está con :

	Totalmente satisfecho	Muy satisfecho	Medio satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
TU FAMILIA					
Tener tu propia familia					
La relación que hay en tu familia					
El bienestar de tu familia					
La comunicación que hay en tu familia					
La convivencia que hay en tu familia					
La unión que hay en tu familia					
El cariño que hay en tu familia					
La ayuda que das a tu familia para salir adelante					
Los logros de tu familia					
Las decisiones que tomas para tu familia					
La relación con tus hijos					
Las actividades que compartes con tus hijos					
Lo que tus hijos te valoran					
TU TRABAJO					
La estabilidad de tu trabajo					
Lo nuevo que aprendes en tu trabajo					
Lo que haces en tu trabajo					
Lo bien que haces tu trabajo					
El reconocimiento que tienes en tu trabajo					
El éxito que tienes en tu trabajo					
Lo que te pagan en tu trabajo					
Lo que gastas en relación a lo que ganas					
El ambiente que hay en tu trabajo					
La convivencia con tus compañeros de trabajo					
Lo útil que es para otras personas tu trabajo					
Tus logros laborales					
De ver cumplidas tus expectativas laborales					
El tiempo que tienes de estar en tu trabajo					
Los años de experiencia laboral					
Tu profesión					
TU TIEMPO LIBRE					
La tranquilidad que sientes					
La forma en que aprovechas el tiempo					
Hacer las cosas que te gustan					
Las actividades que realizas en tu tiempo libre					

	Totamente satisfecho	Muy satisfecho	Medio satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
Pasar tu tiempo libre donde lo ocupas					
De utilizar tu tiempo libre en diversión					
Tu descanso					
Lo nuevo que aprendes					
Ocupar tu tiempo libre con quien lo compartes					
Compartir tu tiempo libre con tu familia					
Compartir tu tiempo libre en asuntos de trabajo					
Ocupar tu tiempo libre en actividades no planeadas					
TU VIDA SOCIAL					
El tiempo dedicado a tu pareja					
La convivencia con tu pareja					
Con los amigos que tienes					
La convivencia que tienes con tus amigos					
La convivencia con tus familiares					
Del tiempo que pasas con ellos					
Asistir a fiestas o reuniones					
Asistir a eventos culturales					
¿Pertenece a un club, sociedad o consejo? Si					
¿Qué tan satisfecho estás de pertenecer a éste?					
¿Pertenece a un club, sociedad o consejo? No					
¿Qué tan satisfecho estás de no pertenecer a éste?					
TU SALUD					
Tu salud					
El ejercicio que realizas					
Tu alimentación					
Tu peso corporal					
La atención médica que recibes					
Que en tu familia no haya vicios					
El grado de sanidad del ambiente					
La energía, vitalidad y ánimo que sientes					
Tu situación emocional					
Tu vida diaria					
Tu higiene personal					

* GRACIAS *

Favor de no olvidar devolver el presente cuestionario