



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CAMPUS IZTACALA

"CALIDAD DE VIDA EN PSICOLOGOS TITULADOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN:

BUSTAMANTE BAEZ / PAOLA GICELA TREJO JIMENEZ JESSICA JOSSET

ASESOR: MTR. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES

DICTAMINADORES:

LIC. JOSELINA IBAÑEZ REYES

LIC. JUANA OLVERA MENDEZ

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO,

2002



IZTACALA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

PAGINACION DISCONTINUA

GRACIAS POR EL APOYO
INCONDICIONAL QUE SIEMPRE NOS
BRINDASTE, POR DARNOS UN POCO
DE TU GRAN CONOCIMIENTO Y
EXPERIENCIA SIN RESTRICCIONES,
PORQUE ESE TIEMPO BRINDADO FUE
EL MEJOR REGALO QUE PUDIMOS
RECIBIR.

GRACIAS POR COLABORAR EN
NUESTRO DESARROLLO
PROFESIONAL Y PERSONAL.

MTR. JOSÉ DE JESÚS VARGAS
FLORES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS JESSICA.

A mi madre.

Quien ha dedicado toda una vida llena de desvelos, cuidados, trabajo y esfuerzos a su familia. A quien no terminaré de pagar lo que ha hecho de mí y por mí. Tú me enseñaste que esas virtudes hacen a las personas más humanas. Te doy infinitas gracias por caminar a mi lado y permanecer ahí, aún en los tropiezos y dificultades, en mis desvelos, preocupaciones y temores. Esta meta cumplida la hemos logrado juntas. Mami... TE AMO.

A mis hermanas, Mayra y Monica.

Nuestra unión nos ha llevado a afrontar y derribar obstáculos para ser lo que somos. También a ustedes les debo parte de lo que he logrado, porque sin su apoyo incondicional, consejos y ayuda constante, el camino recorrido no sería el mismo.

Mayra, eres una de las personas que me ha enseñado a mostrar lo que siento y lo que soy a los demás, y a no dejarme vencer por las adversidades.

Monica, tu sensibilidad, espontaneidad y sencillez me han demostrado que esos sentimientos aún existen y que hacen bella a una persona.

Gracias por todo lo que me han dado y por ser mis hermanas adoradas. Este logro también es suyo. LAS QUIERO.

A mi padre.

Papá, durante esta lucha he aprendido que dejarnos caer y permanecer así, nos impide ver hacia delante y no luchar por nuestros ideales. Si nos levantamos juntos, verás que el esfuerzo no será en vano. Aunque no lo exteriorices, sé que también compartes mis logros. TE QUIERO.

A mi gran amor, Vicente.

Cuando empezaste a ser parte de mi vida, le diste un nuevo sentido, porque no sólo los momentos de amor y felicidad son parte de lo que hemos construido, sino las diferencias que en algún momento nos han separado y nos han permitido reflexionar.

Gracias por tu amor, tus cuidados, tu preocupación, tu compañía y por darme esa sensación de protección a tu lado.

El decirlo es fácil, afrontarlo no siempre, pero ocho años contigo me han enseñado que el amor no tiene condiciones cuando es verdadero y que el futuro que hemos soñado, no es inalcanzable si existe la voluntad, el amor y la perseverancia. TE AMO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Camila.

Aunque pasaste muy poco tiempo a mi lado, me brindaste una alegría especial y tu ausencia me hizo sentir una profunda tristeza. Donde quiera que estés, TE EXTRAÑARÉ SIEMPRE.

A mis primos: Lore, Kari, Javi, Nallely, Ari, José, Seli, Angelica, Viviana, Jair y Wendy.

Me han dado la oportunidad de compartir cada momento sin importar las circunstancias. Gracias por dejarme ver en ustedes la lucha y el deseo de vivir, por ser como mis hermanos y estar ahí cuando lo he necesitado. LOS QUIERO.

A mis tíos, Elena y Javier.

Porque han sido parte de mis momentos inolvidables, porque sé que mi alegría, orgullo y logros los han sentido parte de ustedes. Gracias por su preocupación, interés y apoyo que me han dejado sentir siempre. LOS QUIERO.

A mis tíos, Mari y José.

De ustedes he aprendido que el trabajo constante hacen grandes a las personas, que hay que tener fe en Dios no solo en momentos difíciles sino en los de alegría. Gracias por el apoyo que me han brindado y por estar presentes siempre. LOS QUIERO.

A mis tíos, Celia y Francisco.

Por ver en ustedes los deseos de salir siempre adelante, porque en esa intensa labor de lucha por los que quieren lo proyectan a los demás. Gracias por compartir momentos valiosos conmigo. LOS QUIERO.

A mis tíos, Everardo, Elida, Manuel, Sergio y Humberto.

Porque aún en la distancia, hay una manera de hacerme sentir que están conmigo, por la ayuda que me han dado en el momento que la he pedido. Gracias. LOS QUIERO.

A la familia Báez Jiménez.

Gracias por el apoyo y la ayuda que me brindaron. Por permitirme entrar en sus hogares y ser parte de este proceso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mi gran amiga Paola.

Amiga, gracias por permitirme ver en ti uno de los valores más grandes, la amistad verdadera. Por tu ayuda y apoyo que me has brindado a lo largo de este proceso. Me has enseñado a tener fortaleza y vencer mis miedos cuando lo he necesitado. El camino ha sido duro y aunque hemos logrado mucho, aún hay camino por recorrer, pero hoy puedo decir: Amiga...lo logramos!

A mis amigos, Miguel, Martha, Marco y Araceli.

Por los momentos de alegría y enojo que hemos compartido, por todas las experiencias, enseñanzas y reflexiones que dejan en mí. Gracias por permitirme conocerlos y saber que tengo en ustedes a grandes amigos aunque nuestros caminos no sean siempre los mismos. LOS QUIERO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS PAOLA:

El camino fue difícil de recorrer, entre tantos tropiezos me has brindado la maravillosa oportunidad de darme tu confianza, me has abierto siempre los brazos para levantarme. Cuando me he sentido perdida, he vuelto a encontrarme en tu tierna mirada, en tu sola imagen de fortaleza y gran amor que me estremece, me asusta, pero al mismo tiempo me impulsa a seguir creciendo. Y aquí me encuentro, colocando la última piedra a lo que, como persona y como familia, hemos construido con muchísimo trabajo, preocupaciones y desvelos, pero a pesar de eso he llegado hasta donde estoy y eso me permite dirigirme hacia un futuro prometedor.

TE DEDICO ESTE TRABAJO A TI MADRE.
TE AMO.

Gracias por inculcarme tu coraje y tu fuerza de aferrarme a la vida, vida que no siempre lo fue.

Gracias por cuidarme, por permitirte ser mi hermana mayor, por acompañarme en un camino que era incierto y oscuro, ese camino junto a ti se fue iluminando y se hizo prometedor.

Gracias por siempre creer en mi, por brindarme ese apoyo y amor incondicional que de ti necesitaba.

GRACIAS HERMANA.

No existen palabras con las que pueda llenar este sentimiento de amor, respeto y gratitud que siento por ti. En tu tierna mirada me has permitido verme, reflejo en el que encuentro muchas debilidades pero también mucho coraje que se transforma en actos de amor y de justicia a los que te rodean. Gracias por ser el humano que eres, por creer en ti, y por darme la invaluable oportunidad de conocerte.

GRACIAS HERMANO.

No podría explicar la intensa gratitud de amor que siento por ustedes. Abuelito, tu partida fue muy dolorosa, dejaste un vacío que sólo un verdadero padre, como lo fuiste para mí, podría llenar y que ya no necesito encontrar. Sin embargo, dejaste algo de valor incalculable: los firmes cimientos de una familia que se ve con amor y respeto y que siempre ha estado conmigo.

Abuelita, eres el más grande ejemplo de ser humano que yo puedo tener y seguir. Tu valor, tus lágrimas, tus preocupaciones y desvelos rinden frutos en mí y me brindan un empuje para poder darte una de tus más grandes satisfacciones: Verme profesionalista.

ABUELOS:
MIS TRIUFOS SON SUYOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hace ocho años encontré una maravillosa persona que decidió estar conmigo en todos los momentos, por pequeños o grandes, dolorosos o satisfactorios. Esa persona me acompañó en procesos que a veces lo desgastaron, lo derrumbaron. Sin embargo, por difícil que haya sido su gran amor lo levantó para estar aquí, a mi lado. Esa persona tiene el nombre más significativo en mi vida, y es a la persona que amo: MIGUEL.

LETY:

Eres una de las personas que han provocado un nuevo sentido a mi vida, que comparte sinceramente mis satisfacciones y que sin querer me da un gran ejemplo de bondad y entereza.

Gracias por apoyarme y ayudarme cuanto te necesité.

A MIS PRIMAS:

Raquel tu amistad me ha dado un camino lleno de alegrías, que le da humor y risas y lo hace más ligero.

Ana, gracias por quererme.

A MIS AMIGOS:

Jessi:

Mi compañera de todo un largo recorrido, a la que he aprendido a querer y que ha hecho que todo esto resulte más sencillo. La persona que siempre esta para escucharme y apoyarme algo que lleve a la reflexión y al crecimiento.

Marco:

No me imagino las clases sin tu risa, sin tus comentarios y sin tu sola presencia y amistad. Eres un gran amigo.

Martha:

Me diste la oportunidad de conocer a alguien transparente, sonriente y feliz. Me inyectaste esa felicidad que emanas.

Araceli:

Pasamos cosas diferentes, nuevas, que sin ti no hubieran sido tan ricas. Conocí en ti a una gran mujer que vive al día con su felicidad.

Miguel:

Es admirable tu capacidad de brindar amor a lo demás.

Daysi y Shake:

Por darle amor y ternura a mi existencia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

Capítulo 1: Definición del Concepto de Calidad de Vida.	3
Capítulo 2: Teorías que Explican la Calidad de Vida.	13
Capítulo 3: Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas.	29
3.1. El Campo de la Psicología Clínica.	29
3.2. El Campo de la Psicología Educativa.	33
3.3. El Campo de la Psicología Social.	35
3.4. El Campo de la Psicología Industrial (del Trabajo).	36
3.5. El Campo de la Psicología Experimental.	39
Capítulo 4: Método.	41
4.1. Sujetos.	41
4.2. Materiales.	41
4.3. Procedimiento.	42
4.4. Resultados.	42
4.4.1. Respuesta a la Enfermedad.	42
4.4.2. Hábitos de Salud.	44
4.4.3. Historia de Salud.	47
4.4.4. Uso del Sector Salud.	49
4.4.5. Creencias y Actitudes.	51
4.4.6. Estrés de Vida.	53
4.4.7. Afrontamiento.	54
4.4.8. Apoyo Social.	56
4.4.9. Salud Psicológica.	57
Discusión.	61
Conclusiones.	65
REFERENCIAS.	67
ANEXO.	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

La importancia del estudio de la Calidad de Vida radica en el mejoramiento de las condiciones en las que vive el sujeto inmerso en su comunidad. La definición de este concepto ha sido retomado por diversos autores y para el propósito de esta investigación, el concepto estará determinado por factores tanto objetivos como subjetivos. El agente objetivo está determinado por las áreas a medir: enfermedad, hábitos de salud, uso del sector salud, creencias y actitudes, estrés de vida, afrontamiento, apoyo social y salud psicológica. El agente subjetivo se determinará de acuerdo a las respuestas de los sujetos, esto es, qué tan importante resulta cada área para su calidad de vida.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la Calidad de Vida en psicólogos que estuvieran laborando en cualquier área de la Psicología. Para lograr lo anterior se seleccionó una población de 50 psicólogos y se les aplicó un cuestionario que contenía 127 reactivos referidos a las áreas ya mencionadas. Una vez obtenidos los datos, se analizaron mediante un programa SSPS versión 10.0 agrupando diversos ítems para medir cada área que integra el concepto. Observándose que, los psicólogos tienen una buena Calidad de Vida, pues sus respuestas hacia los diversos constructos estuvieron encaminadas hacia una actitud positiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El estudio del concepto de Calidad de Vida, radica en la importancia de mejorar las condiciones de vida del individuo dentro de una comunidad. Según Palomar (1998) la importancia en definir el concepto se halla en la posibilidad de estudiar los elementos que la determinan y proponer mecanismos que contribuyan a mejorarla.

Este concepto se refiere a factores que engloban lo objetivo y lo subjetivo. Tomando en cuenta al primero como las condiciones que lo rodean en su espacio y tiempo específico. El factor subjetivo tiene que ver con como el sujeto percibe estas condiciones que le rodean, es decir, si le son favorables o no.

Andrews y Withey, (1974); Campbell y Converse, (1972); Campbell, Converse y Rodgers, (1976) proponen que 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 contraste con los indicadores subjetivos, que miden descripciones de los individuos respecto de sus sentimientos y percepciones acerca de ellos mismos y su entorno.

La Calidad de Vida ha sido estudiada en diversas poblaciones. Palomar (1998) realizó un estudio para medir la Calidad de Vida en los habitantes de la Ciudad de México donde obtiene como resultado que los factores que en mayor medida explican la Calidad de Vida son la sociabilidad y los amigos cercanos, seguido por el factor familia.

Blanco, Rivera, López, Rueda, (1990) realizaron una investigación acerca de la Calidad de Vida y Salud y en la Ciudad de México. Encontrando que la salud física y las carencias guardan una estrecha relación dado que los grupos sociales con más carencias presentan una alta incidencia en enfermedades infecto-contagiosas y un alto índice de mortandad.

Calidad de Vida en Psicólogos Titulados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estas investigaciones conllevan al creciente interés de conocer qué factores tienen relación con la Calidad de Vida, para así, determinar si es deficiente o elevada. Como podemos observar, debido a la población tan general que ha sido estudiada en investigaciones anteriores. El presente trabajo tiene el interés de delimitar la población hacia los psicólogos, ya que es una población que carece de ser objeto de investigaciones y que resultaría importante conocer si es favorable o no su Calidad de Vida, ya que es la población encargada de favorecer el nivel de vida en los demás. Teniendo como objetivo en esta investigación: evaluar la Calidad de Vida en psicólogos que se encuentren laborando en cualquier área.

Para cumplir el objetivo, en el capítulo 1 se describe el concepto de Calidad de Vida desde diferentes autores y algunas investigaciones. También se toca la importancia que tiene el estudio de la Calidad de Vida así como el concepto tomado para fines de este estudio.

En el capítulo 2, se identifican diversas teorías, puntualizando los factores que hacen que la vida de un individuo sea o no satisfactoria según sus condiciones.

Siendo los psicólogos la población de interés en esta investigación, se hace necesario abordar las diferentes áreas en que labora. Lo anterior se desarrolla en el capítulo 3.

Durante el capítulo 4 se hace referencia a la realización del proyecto, abarcando lo siguiente: descripción de la población estudiada, descripción del instrumento utilizado, procedimiento y resultados obtenidos por cada constructo considerado como parte de la Calidad de Vida.

Posteriormente se encuentra una discusión, retomando a los autores vistos en el capítulo 1 y los resultados obtenidos en esta investigación. En base a esto se realizaron algunas sugerencias e inferencias. Por último, se puntualizan los aspectos principales de esta investigación.

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

Definir este concepto implica hablar de variables objetivas y subjetivas donde el individuo procesa internamente lo que le rodea lo cual contribuirá a una elevada o deficiente calidad de vida. Estas variables son consideradas por diversos autores de diferente manera.

Para Palomar (1998), el concepto de calidad de vida ha tomado relevancia en las últimas décadas para estudios de ciencias sociales, toda vez que se ha constatado que el desarrollo y crecimiento económico de un país no implica necesariamente el mejoramiento en la vida de sus habitantes. El centro de este creciente interés se ha enfocado en definir el concepto de calidad de vida, estudiar los elementos que la determinan y proponer mecanismos que contribuyan a mejorarla.

El aporte de la Psicología en este campo, se encuentra en la ubicación de la esfera subjetiva de las personas como un componente esencial entre los determinantes de la calidad de vida, es decir, para explicar calidad de vida no es suficiente remitirse al contexto socioeconómico del individuo y a su mejoramiento, sino que existe toda una compleja construcción interior, la subjetividad individual con la que procesa internamente el mundo que le rodea, lo cual es necesario tomar en cuenta para una definición integral de calidad de vida.

Para efectos de su investigación, la misma autora considera las particularidades que pudiera tener la sociedad mexicana, por lo que determinó cuales eran aquellos aspectos a los que los mexicanos conferían mayor importancia. De tal manera que realizó un primer estudio a través de un cuestionario abierto que le permitió definir los ítems que resultaron componentes de la calidad de vida.

En una segunda etapa de la investigación se aplicó el instrumento a una muestra constituida por 768 sujetos de la ciudad de México y municipios

ψ Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

conurbanos. En la medida que calidad de vida es definida como una relación entre importancia y satisfacción, el cuestionario incluyó una parte en la que el sujeto calificó la importancia que da a cada aspecto y la satisfacción que dicho aspecto le confiere, obteniendo de estas variables el constructo de la calidad de vida.

Los hallazgos de la investigación permitieron conocer los componentes factoriales de la calidad de vida, determinándose que el factor que en mayor medida permite explicar la calidad de vida en la parte general, es la sociabilidad y los amigos cercanos, y en segundo lugar se encuentra el factor familia.

En nuestra cultura, lo que mejor explica la calidad de vida, son las redes sociales y la familia nuclear. Parece ser que los componentes de la calidad de vida de sujetos mexicanos, guardan una estrecha relación con la interacción y la imagen que el sujeto tiene frente al medio en el que se desenvuelve.

Encontró que respecto a las diferencias, según el nivel socioeconómico, el factor de sociabilidad y amigos, el bienestar económico, el desarrollo personal, las actividades recreativas que se realizan y la superación personal de los hijos, es significativamente mayor en los niveles socioeconómicos más altos. Estos hallazgos sugieren que los recursos materiales permiten acceder a mayores opciones de desarrollo personal y familiar.

La calidad de vida con el bienestar económico, el desarrollo personal, las actividades recreativas y la calidad de vida con el entorno social resulta significativamente mejor entre la gente menor de edad (21 a 35 años).

Con respecto a las interacciones encontradas entre las variables de nivel socioeconómico y edad, puede decirse que los sujetos jóvenes, de los niveles más altos, reportan mayor calidad de vida con sus redes sociales mientras que en el nivel bajo son los sujetos maduros quienes tienen mejor calidad de vida.

ψ Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

En cuanto al desarrollo personal en los niveles más altos, son los sujetos de mayor edad los que manifiestan mejor calidad de vida, mientras que en los niveles más bajos son los jóvenes.

En lo referente a las actividades recreativas que se realizan, se observa que, en general, a menor edad y mejor nivel socioeconómico, es mayor la calidad de vida. Esto sugiere que son jóvenes de altos niveles económicos los que tienen mayor disposición para dedicar parte de su tiempo cotidiano a este tipo de actividades.

En el factor de reconocimiento económico y social en el ámbito laboral, se aprecia que los sujetos de edad madura de nivel medio alto y bajo son los que presentan una mayor calidad de vida. En los jóvenes, el nivel bajo tiene los menores puntajes de calidad de vida, siguiéndole el nivel medio alto.

Como se observa, la calidad de vida es un concepto que tiene muchos vértices de enfoque. Un aspecto que es importante considerar en la conceptualización y medición, son las expectativas y logros de los individuos, dado que la satisfacción con diferentes aspectos de la vida es muy relativa y esta influida por el nivel de aspiraciones de cada sujeto.

Reyes (1999), define la calidad de vida como la conjunción de condiciones objetivas desarrolladas por una cultura para atender las necesidades de sus miembros en congruencia con valores auténticamente humanos, y con la mira de expandir y enriquecer las actividades de su vida y potenciar su significado.

La calidad de vida idónea debe dirigirse a lograr que cada miembro de la comunidad sea un ser cada vez más libre, pleno y más solidario.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

u Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

El tipo de progreso tecnológico encaminado a satisfacer las necesidades más inmediatas con el menor esfuerzo físico y mental, nos ata a dependencias que limitan nuestra humanización progresiva y disminuye la actualización de nuestras potencialidades auténticamente humanas.

Esta consideración, no debe interpretarse en el sentido de que una vida de calidad pudiera ser factible con exclusión de un digno nivel de vida tanto colectivo como individual, condición necesaria para acceder con adecuadas posibilidades de actualización a la deseable humanización progresiva; muy poco probable, bajo los extremos de pobreza u opulencia tantas veces idealizado por pensadores e ideólogos de distinto signo.

La calidad de vida no hace ni garantiza la calidad humana; sólo supone el conjunto de condiciones externas sin las cuales una existencia humanamente digna no podría tener lugar.

Es por ello que cada cultura esta obligada a desarrollar esas condiciones que tienen un oponente material inocultable, pero no se agotan en él, y que fácilmente puede anular e incluso revertir el proceso humanizante si se detiene en la parte material de los satisfactores que ofrezca, indiferente a la construcción de individuos y sociedades libres, justas y solidarias.

Para Andrews y Withey (1976); Campbell, Converse y Rodgers (1976) existen dos formas de conceptualizar la calidad de vida o las condiciones de vida y la experiencia de la vida. Por lo tanto se establecen dos grupos de indicadores para su medición:

1) Objetivo: se refiere a los factores o condiciones de la vida social sin tomar en cuenta la percepción y evaluación de dichas condiciones; es decir, se

ψ Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

refiere al concepto de "nivel de vida" (educación, empleo, condiciones económicas de la vivienda, nutrición, etcétera).

2) Subjetivo: son indicadores que se basan en la percepción y evaluación subjetiva de la vida de las personas, bajo circunstancias dadas, por lo que resulta necesario ir directamente a la descripción sobre cómo se siente una persona en relación con su vida.

Para Leelakulthanit 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 la acumulación de momentos felices.

La identificación de dichas áreas o campos específicos es inevitablemente arbitrario, y por tanto se conceptualiza la calidad de vida como la felicidad que produce la satisfacción en estas áreas de la vida.

Moriwaki (1974), consideran que el "bienestar psicológico" o la calidad de vida lleva en sí mismo la connotación de salud mental, de tal manera que las descripciones de la personalidad de las personas felices tienen que ver generalmente con descripciones de adaptación social y psicológica.

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 y sociales, 8) actividades políticas, 9) desarrollo personal, 10) conocimiento personal, 11) trabajo, 12) expresión personal y creatividad, 13) socialización, 14) actividades de recreación pasiva y 15) actividades de recreación activa.

ψ Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

Puente y Legorreta (1998), argumentan que hay enfoques de utilidad analítica inobjetable, pero de precaria sustentación teórica. La ecología humana, cuyos principales objetivos son las condiciones de vida y bienestar humano, desagrega a nivel micro su abordaje, planteando que dentro del medio ambiente total, existen individuos, y cada uno de estos siente su medio ambiente personal, se comporta de una cierta manera y existe dentro de un cierto estado biológico y psicológico. El medio ambiente personal y el modelo de comportamiento, determinan sus condiciones de vida.

La definición del concepto de calidad de vida, cuyo referente central en el individuo, tiene dos aspectos fundamentales: la salud psicosomática de una persona y el sentimiento de satisfacción. Ambos presentan elementos subjetivos para su evaluación; sin embargo, la salud se relaciona más directamente con la cobertura de los deseos y aspiraciones que tienen un carácter altamente subjetivo.

Sin negar la pertinencia de dar cuenta de estos aspectos, y otros más, pues como indicadores son de incuestionable utilidad, lo consideramos limitativo al no destacar su subordinación a procesos macro que determinan su comportamiento y en última instancia su explicación. Se refiere a las particularidades históricas propias a la formación socioeconómica en cuestión.

En contraposición, otros enfoques parten a la inversa, de la categoría de formación socioeconómica para definir las condiciones de vida y el modo de vida. Al identificarla con el medio social en que actúan los hombres, algunos incluso hacen sinónima esta última con la categoría de formación socioeconómica.

Se piensa, como se señaló anteriormente, que se trata de niveles, pues el definir el modo de vida a través de las formas de actividad vital de los hombres, como expresión específica de procesos concretos (trabajo, actividad sociopolítica, de la unidad familiar, el tiempo libre), no contradice, sino que

Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

complementa a la definición de condiciones de vida como la materialización (soportes y niveles físicos de bienestar, concertación histórica de trabajo muerto) de estos procesos.

En efecto, cada formación socioeconómica engendra su correspondiente modo o modos de vida de las personas, determina formas típicas de actividad vital, las condiciones de trabajo y vida cotidiana, así como el carácter de las interrelaciones humanas.

Para el propósito de ésta investigación el concepto de calidad de vida estará determinado por factores tanto objetivos como subjetivos. El agente objetivo está determinado por las áreas a medir: enfermedad, hábitos de salud, uso del sector salud, creencias y actitudes, estrés de vida, afrontamiento, apoyo social y salud psicológica. El agente subjetivo se determinará de acuerdo a las respuestas de los sujetos, esto es, que tan importante resulta cada área para su calidad de vida.

La importancia de retomar los factores mencionados como determinantes de la calidad de vida, radica en las condiciones sociales en que se encuentra inmerso el habitante de la Ciudad de México, y lo que éstas ocasionan.

Entre las condiciones a considerar se encuentra la inmensa población que en ésta Ciudad habita, y lo que esto tiene como consecuencia, que es la centralización del sector industrial y la alta contaminación.

Esto es observado en los reportes del INEGI (1995) en donde se describe que la Zona Metropolitana de la Ciudad de México es una de las más grandes del mundo con una población de 16.8 millones de habitantes (1.6 millones más de los residentes registrados en 1990) en 1995; se ubicó como la segunda ciudad más poblada del mundo, siendo superada sólo por Tokio (Japón), cuya población asciende aproximadamente a 27 millones de habitantes. A estas urbes siguen las

ψ Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

de Sao Paulo (Brasil), Nueva York (Estados Unidos) y Shanghai (China), entre otras.

Los años de 1940 a 1960 constituyen el periodo de crecimiento urbano de mayor intensidad del país y, en particular, de la ZMCM. Esta creció a una tasa media anual superior a 6% (mientras que el país lo hizo a menos de 3%) y su población era tres veces mayor que el conjunto de las tres ciudades que le seguían en tamaño (Guadalajara, Monterrey y Puebla).

A partir de los sesenta la ZMCM empieza a disminuir su crecimiento (a la par que las ciudades de tamaño intermedio crecen con mayor fuerza); así, en el quinquenio 1990-1995 su tasa de crecimiento bajó a 1.8% (similar a la del país) y su tamaño ya sólo representaba el doble de esas metrópolis.

No obstante su disminución en el ritmo de crecimiento, la concentración en la ZMCM continúa. En 1995, su población ascendía a 18.4% de los habitantes del país en un territorio que representa 0.3% de la superficie nacional.

Otro factor es el económico, debido a la alta pobreza y al escaso acceso que la mayor parte de la población tiene a los servicios de salud física y mental, este argumento también es sustentado por reportes del INEGI (1995), donde se analiza que territorialmente, la actividad económica se concentra en las tres zonas metropolitanas más pobladas: la Ciudad de México (47% de las unidades económicas y 49% del personal ocupado), Guadalajara (8.6% de unidades y 8.7% de ocupados) y Monterrey (7.5% y 10%, respectivamente).

En estas tres metrópolis se concentra el 60% de los establecimientos manufactureros y en las correspondientes entidades federativas se generó para el año de 1996 el 46.1% del Producto Interno Bruto total del país.

Al analizar el Producto Interno Bruto (PIB) generado en el Distrito Federal por actividad económica en 1996, sobresalen las contribuciones de las siguientes Grandes Divisiones: Gran División 9 (Servicios Comunales, Sociales y

ψ Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

Personales) 32.6%; Gran División 6 (Comercio, Restaurantes y Hoteles) 20.7%; Gran División 8 (Servicios Financieros, Seguros, Actividades Inmobiliarias y de Alquiler) 18.9%; y Gran División 3 (Industria Manufacturera) 17.9 por ciento.

Referente a los servicios de salud y su acceso a ellos, se encuentra que, en 1999 por cada 100 mil habitantes, México contaba con 117 médicos; 188 enfermeras y 79 camas hospitalarias, lo cual da cuenta de los serios obstáculos que se tienen para alcanzar estos servicios.

Para Andrews y Withey, (1974); Campbell y Converse, (1972); Campbell, Converse y Rodgers, (1976) la calidad de vida encierra factores específicos que pueden ser tanto subjetivos como objetivos, es decir, la constituyen un grupo de factores ponderables, medibles o definibles, y se tiene la posibilidad metodológica de determinar fácticamente cómo se afectan mutuamente, y cómo algunos de estos factores se relacionan, para mejorar la calidad de vida de las personas; en tanto el sujeto los perciba como constitutivos en la medida que le sean benéficos o no.

De tal suerte, 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 que los indicadores subjetivos miden descripciones de los individuos respecto de sus sentimientos y percepciones acerca de ellos mismos y su entorno.

Actualmente el componente de la calidad de vida subjetiva se aborda con mayor énfasis, buscando relacionarlo con la percepción y evaluación de la situación objetiva propia de cada persona, en donde se incluyen además de las medidas objetivas de la Calidad de Vida, las medidas subjetivas.

Las primeras muestran las condiciones en que se encuentran los diversos indicadores; las medidas subjetivas de Calidad de Vida introducen valoraciones de

ψ Definiciones del Concepto de Calidad de Vida

los individuos sobre el proceso y las condiciones, así como la importancia que tienen éstas para los sujetos. Ambas medidas son importantes y se complementan entre sí.

En síntesis, la calidad de vida es concebida en dos sentidos: Objetiva y Subjetiva. La Calidad de Vida Objetiva, es el grado en el cual las condiciones de vida, bajo criterios observables, se encuentran dentro de una buena vida, tales como: seguridad económica, seguridad en las calles, buen cuidado a la salud, educación, etc. En este contexto, lo "objetivo" se refiere a la forma de medición; dicha medición está basada sobre criterios explícitos de éxito que pueden ser aplicados por jueces externos imparciales.

En el otro sentido, la Calidad de Vida Subjetiva, se refiere a cómo la gente aprecia su vida personalmente. Por ejemplo, qué tan seguro piensa que es su ingreso, cómo siente la seguridad en la calle, qué tan satisfecho está con su salud y educación, etcétera. (Cummins, 1995; Jacob y Willits, 1994; Jeffres y Dobos, 1995; Veenhoven, 1996; Veenhoven y Ouweneel, 1995).

Desde el campo de la psicología, como Moreno y Ximénez, (1996) argumentan, la calidad de vida, es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual, que conduce a estudiar cuáles son los procesos que llevan al sujeto al bienestar, a la satisfacción y a la felicidad, a determinar cuáles son los mecanismos por los cuales las personas llevan una vida de calidad.

Para poder entender aquello que construye la calidad de vida, además de haber enunciado los autores anteriores y de haber abarcado los aspectos descritos, es necesario ahondar en las explicaciones que proporcionan diversas teorías, sobre lo que es calidad de vida, siendo éste el punto central en el siguiente capítulo.

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

La interrogación sobre lo que hace que la vida de una persona sea mejor surge de una argumentación moral de lo que son nuestros deberes y obligaciones, pues éstos están bien determinados, en cierta medida, por lo que se requiere para que la vida de una persona sea mejor o, por lo menos, para impedir que empeore.

En la discusión sobre la calidad de vida, Nussbaum y Amartya (1996), plantean las siguientes interrogantes: "¿qué hace que una vida sea buena para la persona que la vive?", y esta otra: "¿qué clases de circunstancias proporcionan buenas condiciones para vivir?". Estas cuestiones tienen prioridad en la medida en que consideramos que el mejoramiento de la calidad de vida de las personas es importante moral y políticamente por el beneficio que le proporcionan.

En las obras sobre este tema, se han establecido varias respuestas a la pregunta de lo que hace que una vida sea buena para la persona que la vive, como las alternativas que normalmente deben considerarse.

Por ejemplo, Parfit (1984) distingue teorías hedonistas, del deseo y de listas objetivas. La característica que define a las hedonistas es lo que Griffin (1986) ha llamado requisito de la experiencia, es decir, la tesis de 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 entendidos de cierta forma) son los que hacen que una vida sea mejor o peor. Una alternativa es adoptar el punto de vista de que la experiencia de vivir la vida mejora por la presencia en ella de esos estados mentales, cuales quiera que sean, que la persona que esta viviendo la vida quiere tener, y empeora si contiene los estados que esa persona preferiría evitar. Parfit (1984) llama a esta alternativa "hedonismo preferente".

CAPÍTULO 2

**EXPLICACIONES PROPUESTAS ACERCA DE LA
CALIDAD DE VIDA**

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

Las teorías del deseo 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.

La opinión mas general de este tipo podría llamársele "la teoría del deseo actual irrestricto", la cual 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.

Como una persona, en principio, puede tener preferencia sobre lo que sea, esta teoría hace que los factores determinantes de la calidad de vida de una persona sean realmente muy amplios.

Otras formas de la teoría del deseo limitan el alcance de estos factores determinantes, a veces, limitando los objetos que pueden tener las preferencias pertinentes. Por ejemplo, lo que Parfit (1984) llama "teoría del éxito" considera únicamente las preferencias que se refieren intuitivamente, a la propia vida de la persona.

Otras formas de la teoría del deseo limitan la atención a las preferencias que tienen cierta clase de base. Por ejemplo, Harsanyi (1977) excluye las basadas en creencias morales de una persona, así como lo que él denomina "preferencias antisociales", y Griffin (1986) propone la "teoría del deseo informado", que haría que la calidad de vida de las personas dependiera solamente del cumplimiento de los deseos que ellos tendrían si apreciaran la verdadera naturaleza de los objetos de esos deseos.

El atractivo de las teorías del deseo también se deriva, en gran parte de las ideas éticas, por ejemplo, Harsanyi (1977) basa su utilitarismo preferente en lo que

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

llama "el principio de la autonomía en la preferencia", "el principio de que al decidir que es bueno y que es malo para un cierto individuo, el criterio final solo puede ser sus propias necesidades y sus propias preferencias".

Sin embargo, algunas de las teorías del deseo modificadas se desvían de este principio. La exclusión de las preferencias basadas en las creencias morales puede no ser este tipo de desviaciones, ya que es poco probable que una persona que desea que ciertas cosas sucedan, porque lo considera moralmente correcto, tome este acontecimiento como un beneficio para él, pues las preferencias excluidas por esta limitación pueden no representar el punto de vista de una persona de lo que es bueno y malo para ella.

De las tres categorías mencionadas por Parfit (1984), 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. El término "lista" sugiere cierta arbitrariedad y "objetiva" sugiere cierta rigidez, como si las mismas cosas debieran ser valiosas para todos, a la vez que propicia un gran número de preguntas difíciles sobre las diferentes formas de objetividad y la posibilidad de que los valores sean objetivos en cualquiera de estos sentidos.

Pero si bien el nombre parece indicar una pretensión controvertida de objetividad, esto no es lo esencial a la categoría. 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, juicio que puede estar en conflicto con el de la persona de cuyo bienestar estamos tratando. Esto es contrario a la idea central de las teorías del deseo, según las cuales las cuestiones sustantivas acerca de cuales cosas son realmente buenas se dejan al juicio de la persona cuyo bienestar se valora.

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

Diversos autores han distinguido dimensiones de bienestar como evidencia empírica para sustentar dicho concepto. Algunas de esas dimensiones son planteadas por Palomar (1998):

1) Dimensión del afecto positivo y negativo.

De acuerdo con recientes hallazgos se puede teorizar que los sentimientos de bienestar de las personas están compuestos por dos estados emocionales subjetivos, afecto positivo y negativo que pueden variar cada uno independientemente del otro; es decir, una persona puede reportar sentirse deprimida y al mismo tiempo describirse feliz, si los sentimientos negativos de depresión están compensados por experiencias y sentimientos positivos.

El afecto positivo se correlaciona más fuertemente que el afecto negativo con el apoyo social, el control interno y el desempeño, mientras que el afecto negativo tiende a correlacionarse de manera mas fuerte con el conflicto social, el control externo, la ansiedad y la depresión.

2) Dimensión afectiva cognitiva.

Esta distinción se ha hecho usualmente en términos del foco de evaluación. Cuando se centra en la satisfacción de vida, la evaluación se considera cognitiva, pero cuando se centra en la experiencia de cada día la evaluación se considera afectiva.

El bienestar desde el punto de vista afectivo es un sentimiento o emoción individual con respecto a los aspectos relevantes de la propia vida, resultado de la situación de los antecedentes y la personalidad. Desde el punto de vista cognitivo, el bienestar es concebido como la comparación de aspectos de la situación actual en relación con una situación deseable y los aspectos relevantes son definidos por el individuo. La discrepancia entre ambas situaciones es la medida de bienestar.

3) Dimensión frecuencia-intensidad.

La frecuencia de afecto positivo y negativo coovarían inversamente, mientras la intensidad del afecto positivo y negativo están positivamente correlacionados. La evidencia sugiere que la intensidad puede ser considerada como una dimensión separada del bienestar.

Los individuos que puntúan alto en intensidad de los afectos, clasifican como fuertemente emotivos todos los eventos de su vida. Estos individuos no reportan alta frecuencia de eventos, en relación a quienes puntúan bajo en intensidad del afecto, es decir la intensidad de afecto diario no está influenciada por la frecuencia de emociones o sentimientos de la persona.

4) Dimensión dentro-fuera.

La primera distinción del concepto dentro-fuera basada en resultados de segundo orden del análisis factorial de medidas de bienestar, produjo dos factores principales.

Uno de ellos cargado con afecto negativo y variables que puede considerarse que tienen un foco interno (autoestima, ansiedad social, salud, congruencia entre las expectativas y logros). El otro factor está cargado con afecto positivo y variables que tienen un foco externo (satisfacción con amigos, satisfacción con el lugar de residencia, calidad percibida del uso del tiempo). Estas dimensiones reflejan el bienestar interior y exterior, respectivamente.

Existe evidencia de que las personas que obtienen más, o menos de lo que piensan merecer, están insatisfechas. Aquellos que obtienen más, están menos insatisfechos que aquellos que obtienen menos.

También existe evidencia de que las personas que se desempeñan en un ambiente de trabajo demasiado complejo o demasiado simple para sus

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

necesidades o deseos particulares están relativamente menos satisfechos que las personas cuyo ambiente de trabajo es acorde con sus necesidades y deseos. Muchas personas alteran sus deseos, voluntaria o involuntariamente, para mantener al menos un nivel mínimo de satisfacción neta.

5) Dimensión de la orientación en el tiempo.

La orientación en el tiempo puede ser una dimensión de bienestar. Los eventos negativos generalmente tienen un mayor efecto en el bienestar que los eventos positivos y esto puede ocurrir porque los eventos negativos son de larga duración y pueden tener consecuencias a largo plazo.

6) Evaluación de las áreas de la vida.

Se han realizado una gran variedad de investigaciones sobre el grado de satisfacción con algunas áreas de la vida, las cuales son componentes de la Calidad de Vida. Estas áreas son de los predictores estadísticos más poderosos del bienestar global e incluyen familia, trabajo, vivienda, entorno, actividades recreativas, etcétera.

Investigaciones reportan que las predicciones de la satisfacción con la vida en general tienden a ser más exitosas que las de felicidad. Las áreas de la vida que están más relacionadas con las medidas de bienestar global tienen que ver con uno mismo y con el hogar: evaluaciones de eficacia personal, familia, recursos financieros, entretenimiento y vivienda. Otras áreas como servicios comunitarios, gobierno local y federal también son contribuyentes de varianza explicada, pero en menor proporción. Diversos autores han optado por medir la calidad de vida como un constructo multidimensional que incluye la evaluación de la satisfacción en diferentes áreas.

7) Una dimensión general.

Los investigadores de la calidad de vida se han cuestionado si es útil conceptualizar el bienestar o calidad de vida como un constructo global, es decir, si puede obtenerse a través de un solo puntaje.

Se ha desarrollado ampliamente la evaluación de la Calidad de Vida midiendo la satisfacción en diferentes áreas. De acuerdo a los hallazgos encontrados, la familia, el apoyo social y el trabajo desempeñan un papel muy importante en el bienestar subjetivo. Al parecer, algunas áreas resultan muy importantes cuando no se cuenta con un nivel mínimo de satisfacción en ellas. Un ejemplo es el nivel socioeconómico y la salud; es decir, contar con buena salud y comodidades materiales no incrementa el sentimiento de bienestar, mientras que no contar con ellos incrementa la sensación de malestar.

Al parecer a algunos investigadores les ha resultado útil conceptualizar la calidad de vida o bienestar subjetivo como un constructo multidimensional; sin embargo, existen autores que prefieren adoptar el concepto desde una medida unidimensional. La existencia de un factor general de bienestar de segundo orden tiene un soporte empírico fuerte.

Como se puede apreciar, los teóricos que han estudiado la calidad de vida tienen diversos enfoques para conceptualizarla. Los más conocidos y adoptados son la dimensión de afecto positivo y negativo, la dimensión afectiva-cognitiva, la dimensión frecuencia-intensidad, la dimensión dentro-fuera y la dimensión de orientación en el tiempo.

En conclusión, Palomar (1998) considera que la calidad de vida está en función de la satisfacción que cada sujeto le confiere a distintas áreas de su vida; de ahí que se considere un constructo multidimensional.

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

Brock (1973), reconoce que existen tres teorías que parten de estudios filosóficos, acerca de lo que es la calidad de vida: "hedonista", "satisfacción de preferencias" e "ideales de una buena vida". Las teorías hedonistas, como se mencionó, consideran que el bien último para las personas consiste en sostener ciertas clases de experiencias conscientes. Los estados particulares de la persona que no hacen referencia a la experiencia consciente sólo son parte de la buena vida, o sea, en la medida en que se produce una valiosa experiencia consciente.

Las teorías de satisfacción de preferencias consideran que una buena vida consiste en la satisfacción de los deseos o preferencias de las personas. Esto debe distinguirse de cualquier sensación de satisfacción, entendida como experiencia propia consciente. La diferencia es clara en los casos en que mi 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 conseguir lo que deseo.

La tercera clase de teorías sostiene que por lo menos parte de una buena vida consiste en algo diferente de cualquier experiencia consciente de naturaleza ampliamente hedonista o de satisfacción de los deseos o preferencias corregidos de una persona, y ese algo consiste en la realización de ideales específicos, explícitamente normativos.

Las teorías ideales diferirán tanto en los ideales específicos que apoyan como en el lugar que conceden a la felicidad y a la satisfacción de preferencias en su descripción completa del bien de las personas.

Las teorías hedonista y de las preferencias 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.

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

Las teorías ideales 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. Entonces, si las descripciones de una buena vida de cierta persona son subjetivas u objetivas, es un problema explícitamente normativo acerca de cuál es la teoría sustantiva correcta o más justificada de lo que es una buena vida.

Morreim y Haavi (1986), han distinguido un sentido diferente en cuanto a la objetividad o subjetividad en los juicios sobre la calidad de vida. En la descripción que ella presenta, los juicios objetivos sobre la calidad de vida se hacen con base en una intersubjetividad observable: hechos materiales acerca de una persona junto con una evaluación socialmente compartida de éstos, específicamente de la forma en que determinan la calidad de vida de la persona.

Los juicios subjetivos sobre la calidad de vida también recurren a hechos que afectan la misma. Según esta explicación, el aspecto esencial que determina si un juicio sobre la calidad de vida es objetivo o subjetivo es si los juicios de evaluación que se refieren a un individuo en particular son y deben ser compartidos por un grupo más amplio o pertenecen, en cambio, sólo al propio individuo.

Como hay muchos amplios grupos sociales posibles, una forma en que se puede dar sentido a los grados de esta clase de objetividad en términos del tamaño, envergadura o naturaleza del grupo social más amplio; variantes destacadas incluyen la comunidad de un individuo o una sociedad más amplia, y el grupo más amplio estará constituido por todos los seres humanos o agentes racionales.

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

Una noción total de buena vida para una persona que no se reduce a una sola propiedad como la felicidad o la satisfacción de preferencias, debe asignar una ponderación a los diferentes componentes que contribuyen a que esa vida sea buena, aunque esos diferentes componentes no sean plenamente comparables y que por lo tanto, sólo se puedan hacer comparaciones parciales entre los diferentes cursos posibles en la vida de una persona.

Nussbaum y Amartya(1996), han sugerido en varias ocasiones el instrumento formal para entender estos componentes como vectores independientes, cada uno de los cuales contribuye a una evaluación general del grado en que una persona lleva una buena vida. Los tres componentes de felicidad, satisfacción de preferencia e ideales de una buena vida, pueden ser representados por sus vectores individuales o subdividirse adicionalmente en vectores distintos dentro de cada componente, con ponderaciones independientes dentro de la descripción general de una buena vida.

Citando las teorías humanistas sobre la calidad de vida, consideramos a Maslow (1970), quien ha dedicado su vida a estudiar las condiciones en las que el ser humano desarrolla al máximo su capacidad. Él creía que la clave para tal desarrollo era la satisfacción de las necesidades básicas; estas necesidades existen en una secuencia jerárquica.

Según Maslow (1970), el ser humano debe satisfacer las exigencias de las necesidades inferiores antes de que puedan emerger las superiores. Esta jerarquización de la inferior a la superior, incluye necesidades físicas como la de alimento y agua; de seguridad, ejemplificadas por la búsqueda de un ambiente relativamente libre de amenazas a la vida y que fomente un sentido de seguridad, de pertenencia y de amor, representada por la búsqueda de relaciones afectuosas y de aceptación con otras personas; y de estimación, manifestadas en el deseo

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

ganar el respeto de otras personas por los logros propios y en la búsqueda de reconocimiento y prestigio.

Cuando una persona ha aprendido a afrontar estas necesidades a medida que surgen, sus energías podrán encaminarse con más efectividad hacia la autorrealización. No obstante, la realización de sí mismo no puede buscarse como meta en sí misma, sino que es producto secundario de la entrega activa del talento propio a tareas fuera del yo, como la búsqueda de la belleza, la verdad o la justicia.

A medida que el individuo encuentra retos, el desarrollo o realización personal se fomenta como producto secundario del esfuerzo. La tarea despierta las capacidades dormidas de la persona; sin la misión, la persona nunca descubrirá sus recursos ocultos.

Maslow (1970), desarrolló sus ideas al estudiar a las personas que consideraba se encontraban en el proceso de realizarse a sí mismas. Algunos de los rasgos que aparecían consistentemente en sus casos de autorrealización eran los siguientes:

1. Una percepción más eficaz de la realidad y relaciones más confortables con ésta, que las observadas en las personas promedio. Sus individuos autorrealizados parecían captar el engaño, la falsedad y la falta de honestidad en las relaciones interpersonales, y estar en armonía con la verdad y la realidad en todas las esferas de la vida; además, rechazaban lo ilusorio y preferían afrontar una realidad desagradable que retirarse a soñar con fantasías agradables.
2. Un alto grado de aceptación de sí mismo, de otros y de las realidades de la naturaleza humana. No sentían vergüenza de ser

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

lo que eran, y no se sorprendían ni se desanimaban al encontrar defectos en ellos o en otros.

3. Espontaneidad, sencillez y naturalidad. Las personas autorrealizadas mostraban espontaneidad en sus pensamientos, emociones y conducta en un grado mayor que las personas promedio. Preferían compañías que les permitieran ser libres y naturales.
4. Concentración en los problemas. Todos los sujetos parecían concentrarse en problemas ajenos. No eran demasiado conscientes de sí mismos, no eran problemas para ellos mismos; por tanto, podían dedicar su atención a una tarea, deber o misión que parecía apropiado para ellos.
5. Necesidad de intimidad. Las personas autorrealizadas podían gozar de la soledad, de hecho, de cuando en cuando, incluso la buscaban. La necesitaban durante periodos de intensa concentración en temas interesantes para ellos y para la meditación.
6. Alto grado de autonomía. Las personas autorrealizadas parecían capaces de permanecer leales a sí mismas frente al rechazo o a la impopularidad; podían perseguir sus propósitos y sus proyectos, y mantener su integridad aún cuando les doliera hacerlo.
7. Frescura continua de apreciación. Las personas autorrealizadas mostraban capacidad para "apreciar una y otra vez, con frescura e ingenuidad las cosas buenas de la vida... una puesta de sol, una flor, un niño o una persona". Parecía que evitaban encasillar las

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

experiencias en categorías y descartarlas. Podían distinguir la original en muchas experiencias comunes.

8. Frecuentes "experiencias pico". Las personas autorrealizadas parecían estar sujetas a experiencias periódicas que suelen denominarse místicas u oceánicas, sentimientos de que los límites propios como persona han desaparecido de pronto y de que uno se ha convertido en parte de toda la humanidad o de toda la naturaleza.
9. Gemeinschaftsgefühl. Esta palabra alemana significa sentimiento de hermandad, de pertenecer a toda la humanidad (relacionada con las experiencias místicas). Se descubrió que esta actitud era característica de las personas autorrealizadas, quienes experimentaban una sensación de identificación con la humanidad en su totalidad, de tal modo que podían preocuparse no sólo por los miembros de su familia inmediata, sino también por la situación de personas de culturas distintas.
10. relaciones íntimas con unos cuantos amigos o personas amadas. Maslow (1970) descubrió que sus sujetos autorrealizados, aunque no eran necesariamente muy populares, tenían la capacidad de establecer relaciones verdaderamente íntimas y afectuosas por lo menos con una o dos personas más.
11. Estructuras democráticas del carácter. Las personas autorrealizadas tendían a juzgar a la gente y a ser amigables con ella, no por la raza, la posición social, la religión u otros rasgos de grupo, sino por ser personas individuales.

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

12. Un fuerte sentido ético; discriminación entre el bien y el mal. Se descubrió que los sujetos autorrealizados tenían un sentido de la ética sumamente desarrollado. Aunque sus nociones de lo bueno y lo malo no eran por completo convencionales, su conducta siempre se escogía en función de su significado ético.
13. Sentido del humor sin hostilidad. Las personas autorrealizadas tenían un sentido del humor que convertía a las vanidades, pretensiones y tonterías humanas comunes en motivos de risas, y no de sadismo, obscenidad o rebellón contra la autoridad.
14. Creatividad. Las personas autorrealizadas eran creativas e inventivas en ciertas áreas de su existencia, y no seguían las formas convencionales de hacer las cosas o pensar.
15. Resistencia a la presión cultural. Los sujetos autorrealizados podían alejarse un tanto del "lavado de cerebro" o del sello de sus culturas, lo cual les permitía adoptar actitudes críticas hacia las inconsistencias e injusticias culturales en su propia sociedad.

El trabajo de Maslow (1970) constituye uno de los más útiles conjuntos de principios que rigen el desarrollo de la personalidad saludable. Sugiere la existencia de dos tipos de motivación: S o motivación de ser y D o motivación deficiente.

Las motivaciones D son las que se adueñan de nosotros cuando no hemos satisfecho profundamente alguna necesidad básica, como sucede al ladrón, que puede estar motivado por el hambre, o al cobarde, que puede ser impulsado por el temor de poner en peligro su seguridad personal. Como contraste, a la persona

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

autorrealizada se le ve motivada por las necesidades de ser, como el yo más completo posible, capaz de cantar, crear o trabajar con toda su capacidad.

De las teorías expuestas podemos concluir que pueden englobarse en dos: las que abarcan factores objetivos generales para todos los individuos como componentes de calidad de vida, estas teorías explican que los mismos factores son determinantes para la vida de todas las personas y en la medida en como sean satisfechos se llegará a tener una buena o mala calidad de vida; y por otro lado, las que toman en cuenta factores multidimensionales en cada individuo, esto es, que cada quien determina qué factores son los que llegarán a formar la buena o mala calidad de vida, de acuerdo con los deseos, expectativas y metas que cada individuo se fije sin dejar a un lado su entorno.

Es por eso que la Psicología tiene un papel decisivo en estudiar los componentes que integran el constructo Calidad de Vida, que permitan su operacionalización, para determinar cuál es su relación con otras variables, con el propósito de mejorar la Calidad de Vida de los individuos, así como aislar y controlar las variables que la deterioran. Asimismo resalta la importancia de estudiar la Calidad de Vida desde el punto de vista psicológico debido a que ésta es un punto central del bienestar de los individuos.

Entonces vemos que uno de los objetivos de la psicología es identificar que aspectos intervienen en la Calidad de Vida de la población en general y para esto se ha dividido en poblaciones ajenas a los psicólogos, por ejemplo a personas con enfermedades crónicas, ancianos, etcétera como la literatura lo menciona.

Sin embargo, la población de psicólogos que se encarga del estudio de ésta no tiene referentes acerca de cómo es su propia Calidad de Vida, es decir, hay un gran trabajo en investigación dedicado a abordar otras poblaciones sin tener en cuenta con que grado de satisfacción o insatisfacción vive un psicólogo.

ψ Teorías que Explican la Calidad de Vida

Como hemos visto, la calidad de vida constituye un factor importante para conocer el nivel de satisfacción o insatisfacción que resulta de la forma en cómo se desarrollan las actividades cotidianas y cómo éstas son percibidas por el sujeto.

La calidad de vida es medida y comparada entre diferentes poblaciones, ya que, desde el punto de vista psicológico, es de gran importancia conocer qué factores se correlacionan para determinar la Calidad de Vida que, para esta Tesis, la población que interesa es la de psicólogos laborando en cualquier área.

Por lo tanto, es necesario conocer detalladamente las características de cada área en las que el psicólogo está inserto, para lo cual se expone cada una de ellas en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

**ACTIVIDADES QUE EL PSICÓLOGO REALIZA EN LAS
DIFERENTES ÁREAS**

ψ Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas

Dado que el objetivo del trabajo es evaluar la calidad de vida en psicólogos que estén laborando, consideramos preciso abordar las diferentes áreas en las que se desenvuelve laboralmente, para así poder conocer las actividades que realiza en cada una de ellas y determinar en que grado su profesión aumenta o disminuye la calidad de vida, además de tomar en cuenta los otros factores que engloba ésta.

Para Harrsch (1997), en la actualidad los psicólogos nos encontramos cada vez más conscientes de nuestra responsabilidad con la comunidad. Contar con habilidades de tipo social es un elemento inherente a cualquier campo de aplicación profesional; sin embargo, en este punto no debe olvidarse que, en realidad, un grupo social se integra por individuos cuyo comportamiento está en constante interacción con la comunidad a la que pertenece. Con esto se quiere destacar que la labor del psicólogo implica tanto una conciencia social como un profundo conocimiento y respeto por el individuo en particular.

Ubicada la psicología como profesión, se procede al análisis de los campos de aplicación. Con el objeto de no caer en la lista de actividades específicas se mencionan a grosso modo, los cinco campos de aplicación de la Psicología: clínico, educativo, social, industrial y general experimental.

3.1. EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Según Phares (1996), definir el campo de la Psicología clínica reside en describir las actividades en que participan los psicólogos clínicos:

- a) **Terapia:** Esta es la actividad en la que se emplean con mayor frecuencia los esfuerzos de los clínicos y a la cual se dedica el mayor tiempo.

ψ Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas

Con frecuencia la terapia implica una relación uno a uno, pero hoy día la terapia grupal es también muy común. Por ejemplo, un grupo de 6 u 8 clientes que tienen problemas de alcoholismo, pueden reunirse con el terapeuta para trabajar sus problemas.

En algunos casos, la terapia implica principalmente una búsqueda de insight acerca de los orígenes de los problemas que uno sufre o de los propósitos que satisfacen la propia conducta indeseable. En otros casos, la terapia consiste en primer lugar, de una relación entre cliente y terapeuta, la cual se diseña para producir una atmósfera de confianza que ayudará a disolver las defensas debilitantes del cliente.

Otras formas de terapia son ante todo conductuales, en el sentido de que el cliente aprende modos nuevos y más satisfactorios de adaptación. En ocasiones las metas de la terapia son generales: se realizan grandes cambios en la conducta. Entonces, la terapia varía a lo largo de muchas dimensiones diferentes.

- b) Evaluación: Todos los clínicos practicantes participan en evaluaciones de una u otra manera. Lo que se busca es comprender de la mejor manera al individuo de modo que pueda tomarse una decisión más informada o se seleccione un curso más deseable de acción.

La evaluación, ya sea como observación, prueba o entrevista, es una forma de reunir información para que pueda solucionarse un problema. Por supuesto, estos problemas tienen una variedad casi infinita. La evaluación ha sido desde siempre una parte crítica del papel del psicólogo clínico, de hecho por muchos años, la evaluación, en especial a través de pruebas, fue el elemento principal de la identidad profesional del clínico.

ψ Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas

- c) Enseñanza: Es obvio que los clínicos que tienen compromisos académicos de tiempo completo o medio tiempo dedican una considerable cantidad de tiempo a la enseñanza. Aquellos cuyas responsabilidades se sitúan principalmente en el área de posgrado enseñan cursos avanzados en psicopatología, pruebas psicológicas, entrevista, terapia, Psicología clínica experimental y demás.

En ocasiones, aún los clínicos cuyos compromisos principales se encuentran en clínicas u hospitales o que operan en la práctica privada, dan cursos nocturnos en colegios o universidades, inclusive en programas de posgrado. Pero una considerable cantidad de la enseñanza se realiza en una situación de supervisión individual.

Los clínicos dentro de ambientes de clínica pueden también dar clases informales o realizar trabajo de orientación con otros tipos de personal de salud mental, como enfermeras, auxiliares, trabajadores sociales y demás. En algunos casos, el clínico puede ir hacia la comunidad o realizar talleres de temas diversos para voluntarios, ministros religiosos y otros.

- d) Supervisión clínica: En realidad esta actividad es otro tipo de enseñanza. Sin embargo, en ella participa típicamente la enseñanza individual, enfoques de grupo pequeño y otras variedades menos formales de instrucción fuera del salón de clase. Ya sea en la universidad, internado o ambientes clínicos, con frecuencia los clínicos pasan partes significativas de su tiempo supervisando estudiantes, internos y similares. En resumen, uno aprende haciendo, pero bajo las condiciones controladas y seguras de una relación aprendiz-supervisor.

ψ Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas

- e) **Investigación:** La Psicología clínica se deriva de una tradición académica de investigación. Puede ser que el énfasis en la investigación no sea tan prominente en los programas de entrenamiento como lo fue alguna vez, el hecho continúa siendo que los psicólogos clínicos se encuentran en una posición única para comprender la investigación y realizarla. En virtud de su entrenamiento en investigación, su amplia experiencia con personas angustiadas y su conocimiento tanto de la terapia como de la evaluación, los psicólogos clínicos tienen la capacidad de consumir y producir nuevos conocimientos.
- f) **Consultoría:** Tanto en la consultoría como en la enseñanza, la meta consiste en incrementar la efectividad de aquellos a los que se dirigen los propios esfuerzos mediante la impartición de cierto grado de conocimiento experto.

La consultoría puede venir como un consejo caso por caso o se le puede pedir al consultor que discuta los problemas generales asociados con la farmacodependencia. En fecha reciente, más departamentos policiales han comenzado a utilizar a los psicólogos clínicos como consultores en negociaciones en las que están de por medio rehenes.

La consultoría puede atravesar la gama desde los casos clínicos hasta cuestiones de negocios, personal y ganancias. Puede tener que ver con individuos u organizaciones completas. En ocasiones proporciona un remedio; en otros casos se orienta a la prevención. Independientemente del entorno en el que ocurra o del propósito general que tenga, se ha vuelto una actividad significativa para muchos psicólogos clínicos de hoy día.

u Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas

- g) **Administración:** Casi todo clínico pasa cierto tiempo en tareas administrativas. Se deben mantener en orden los archivos de los clientes, deben llenarse cada mes informes y se deben dar aclaraciones sobre proyectos de investigación ante comités diseñados para proteger los derechos de los sujetos.

Es probable que los clínicos que trabajan en organismos públicos o instituciones se presenten ante diversos comités: de personal, de investigación, de derechos de los pacientes y demás.

3.2. EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA.

En el área de la Psicología educativa, el psicólogo se aboca a la tarea de estudiar las condiciones y métodos, que faciliten los procesos de aprendizaje y los factores emocionales que en el se involucran, desde el desarrollo del niño hasta la educación profesional, así como los procedimientos de enseñanza adecuados a cada nivel. Su interés fundamental es el estudio de la Psicología infantil, educación especial, y evolución conceptual sobre la educación.

La función específica del psicólogo educativo consiste en identificar las variables que facilitan el aprendizaje significativo, en especial de aquellas personas, grupos o sectores que están más alejados del sistema nacional educativo; así como analizar y enumerar los principales problemas existentes en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Interviene también en la asesoría de las políticas de planeación educativa y contribuye en la creación de programas de formación y/o entrenamiento acorde con los recursos humanos y la realidad nutricional, social y cultural del país.

Se trata de profesionales instruidos para realizar estudios de evaluación ocupacional y/o vocacional, de selección y clasificación tanto de estudiantes como

ψ Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas

profesores. Están capacitados también para comunicar los resultados, orientar a la persona o responsable y atender aquellos casos en los cuales está indicada su intervención profesional, por lo que deben manejar diferentes técnicas de prevención, remediación y/o rehabilitación para distinguir cuando debe remitir al los pacientes con los especialistas idóneos.

Su función consiste también en construir instrumentos de medición y evaluación de las diferentes áreas de la personalidad, así como diseñar material educativo e instrumentar programas y conducir dinámicas tendientes a promover el desarrollo de las personas que colaboran y están relacionadas con el proceso, la organización y administración educativa.

Baron, Byrne y Kantowitz, (1985) argumentan que debido a la gran cantidad de los problemas complejos que implica la educación del joven, resulta lógico que a menudo los maestros, directores y superintendentes de las escuelas se hayan visto en la necesidad de llamar a los psicólogos para solicitar su ayuda en importantes asuntos prácticos.

En respuesta a esas solicitudes, los psicólogos han emprendido diversas tareas, entre ellas el diseño de métodos de instrucción más eficientes, el diagnóstico y tratamiento de desórdenes del comportamiento relacionados con la escuela y la planeación y asesoramiento de programas educacionales especiales para los grupos retrasados culturalmente. Sin embargo, de sus aportaciones, las que posiblemente son más importantes han requerido desarrollo y medidas objetivas de inteligencia. Tales pruebas se han empleado muy ampliamente y, además, en los últimos años se han convertido en tema de intensos debates y crítica.

La Psicología en la educación se aplica concretamente en el sector de la docencia. Dirige su actividad a programas de entrenamiento de profesores,

ψ Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas

padres de familia, estudiantes; niños con problemas de aprendizaje y de conducta y a la orientación de las personas en la elección de su vocación.

3.3. EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL.

El psicólogo social se ocupa de la interacción del individuo con el grupo, las organizaciones y las comunidades, a través del análisis de las estructuras y normas que las rigen. Une los conocimientos de la Psicología general con la economía, la historia, la antropología y la sociología al estudiar los procesos de la estructura de poder; el liderazgo, las actitudes y las opiniones; la marginación y los problemas institucionales y no institucionales.

Las funciones específicas que desempeña un psicólogo social son: describir y explicar la interacción existente entre los factores sociales: la familia, el grupo social, la cultura, el estado, el medio ambiente y la formación de la personalidad, es decir, analizar la dialéctica entre individuo y sociedad.

Asimismo, le compete explorar, crear e instrumentar programas tendientes a convertir los recursos externos de una comunidad en recursos internos. Realizar investigaciones y elaborar informes y/o publicaciones de resultados; efectuar estudios de evaluación de familias, grupos, comunidades y municipios que permitan no sólo determinar el nivel de desarrollo, sino también definir los recursos humanos y materiales y las limitaciones de los mismos, con el fin de idear estrategias de cambio o modificación utilizando los recursos del grupo en cuestión; educar a paraprofesionales o líderes naturales en la solución de problemas comunitarios.

También le corresponde elaborar y/o adaptar instrumentos para identificar las necesidades de la comunidad y medir la influencia de los medios masivos de comunicación, así como idear o aplicar técnicas para el manejo y desarrollo de

ψ **Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas**

grupos grandes, y proponer modelos que permitan un cambio estructural de la situación de injusticia social.

La Psicología social se aplica directamente en comunidades rurales, urbanas y marginadas; en la elaboración de programas de entrenamiento, de orientación y de sistemas económico-políticos relacionados con los procesos de desarrollo social, tales como la publicidad, la producción y el consumo, etcétera.

3.4. EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA INDUSTRIAL (DEL TRABAJO)

El psicólogo industrial incursiona en el estudio de las condiciones que determinan una de las actividades de interés central en la vida de la mayoría de la gente: el trabajo.

Estudia la correspondencia entre satisfacción y niveles de eficiencia; la influencia de factores ambientales, y particularmente de la tecnología del trabajo en la calidad de vida laboral; y de los factores motivacionales que aumentan la voluntad y la habilidad humana.

Arno (1995) distingue dos áreas de la Psicología industrial: la organizacional y la selección de personal.

Dentro de la Psicología organizacional existen dos enfoques psicológicos que ayudan al funcionamiento organizacional. El primer enfoque lo constituyen los intentos por mejorar la calidad de vida de trabajo, y el segundo se refiere al adiestramiento para el liderazgo.

El enriquecimiento del trabajo es un método destinado a "rediseñar" los puestos y aumentar la motivación intrínseca y la satisfacción del trabajo. Un empleado se siente motivado intrínsecamente cuando la ejecución de sus tareas le ayudan a satisfacer las necesidades de crecimiento como competencia, logro y

ψ **Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas**

autorrealización. Al psicólogo le interesan básicamente las condiciones que hacen del trabajo un factor intrínsecamente motivador.

En cuanto al adiestramiento para el liderazgo es evidente la importancia de un buen liderazgo en el funcionamiento eficaz de las empresas, que ha llevado a invertir cada año varios miles de millones de dólares en el adiestramiento en líderes. Sin embargo, al parecer no se ha encontrado que estos programas mejoren el rendimiento del grupo ni la satisfacción de los miembros.

La mayor parte de los programas de adiestramiento se fundan en la suposición de que existe un estilo "óptimo" de liderazgo y que los que ocupan puestos directivos han de modificar su conducta o personalidad para adoptar un estilo del "líder ideal" y convertirse así en buenos líderes.

La personalidad es considerada como un método interaccional en el cual los factores personales y situacionales influyen en el comportamiento; así, éste método predice que la eficacia de esa cualidad depende de las características personales del líder y de la índole de la situación del liderazgo. De ello podemos concluir que la eficacia del liderazgo aumenta al modificar al líder, a la situación o ambas cosas.

Los psicólogos organizacionales están en condiciones de colaborar estrechamente en el incremento de la productividad, satisfacción del trabajo, y liderazgo. Su labor tendrá mayores probabilidades de conseguir esa finalidad si las personas son las idóneas para el puesto.

La selección de personal se refiere a la selección adecuada del candidato para un puesto, esto es un elemento esencial del rendimiento y la satisfacción con el trabajo.

Los costos de un error en estas decisiones son grandes desde el punto de vista económico y humano, por lo cual los empleadores o patrones procuran que los requisitos del puesto correspondan a las aptitudes, intereses, valores y personalidad del candidato. Con la selección de personal se pretende idear procedimientos científicos muy objetivos, confiables y económicos para realizar la selección de personal.

En la elaboración de un programa de selección de personal se sigue siempre una serie de etapas bien definidas. En primer lugar, se analiza el puesto para identificar los rasgos, habilidades o experiencia que facilitan un rendimiento satisfactorio. En segundo lugar, se escogen los métodos que miden las características anteriores o, si no existen, se inventan. Posteriormente se evalúa su capacidad para prever el rendimiento en el trabajo.

Si se hacen en forma adecuada, se utilizan en la selección candidatos. De lo contrario, se llega a la conclusión de que hubo errores en el análisis del puesto, en la selección de las medidas con que se predijo el éxito, en la evaluación del rendimiento o en varios de esos pasos. De ser así, el programa se envía nuevamente al equipo que lo formuló, pues debe volver a examinarlo.

Según Harrsch (1997) la mayor parte de los expertos laborales reconocen que obtener satisfacción en el trabajo es imprescindible para los empleados, por lo que se trata de crear condiciones dentro de las cuales las personas o grupos encuentren mayor versatilidad en el trabajo; mayor participación en la toma de decisiones que los afecten, y la mayor armonía y autonomía posibles.

A través de estas condiciones las personas encontrarán estímulos e interés en la situación laboral y, al comprometerse intelectual y emocionalmente con su responsabilidad, hallarán un mayor significado a su quehacer, así como un medio

ψ **Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas**

fértil para desarrollar su creatividad y alcanzar la plenitud a la realización personal en la vida laboral.

3.5. EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL.

El psicólogo en este campo, se vale del método experimental que es una estrategia de investigación que confiere rango de ciencia a la disciplina del comportamiento y que le sirve para la búsqueda de la verdad con rigor científico.

Se dedica al estudio sistemático e investigación de los procesos básicos de la conducta, como percepción; motivación y emoción; aprendizaje humano; aprendizaje animal; memoria; pensamiento; lenguaje; psicolingüística y desarrollo infantil. Utiliza los procedimientos experimentales aplicables a los escenarios de laboratorio y a los naturales.

La investigación en el presente se orienta hacia problemas del lenguaje, problemas de la lectura dentro del nivel de la enseñanza primaria; modelos de memoria humana; investigación transcultural; usos de la computadora en Psicología; dependencia tecnológica; problemas de nutrición; etcétera.

La labor del psicólogo general experimental consiste en investigar patrones teóricos de conducta; diseñar programas de reforzamiento, extinción y modificación de conductas y elaborar planes de rehabilitación y prevención. Dentro del campo de la psicofisiología, el psicólogo evalúa los efectos farmacológicos en la conducta; delimita los procesos neurales, los ciclos de actividad y descanso, y detecta los factores limitantes de la conducta debido a lesiones cerebrales.

La Psicología general-experimental se aplica concretamente en problemas de alfabetización e instrucción especial en el área educativa. En la clínica, modifica factores del ambiente o del repertorio conductual del sujeto que le resulten inadecuados para su interacción personal.

ψ Actividades que el Psicólogo Realiza en las Diferentes Áreas

Como se aprecia, el campo de la Psicología es extenso y varía de muchas formas en sus aplicaciones, sin embargo, todos los campos coinciden en que esta ciencia se aplica al estudio y modificación del comportamiento humano siempre en búsqueda de métodos o procesos que puedan llevar a obtener una mejor calidad de vida de los sujetos.

Como se mencionó, el objetivo del psicólogo es ayudar a mejorar la calidad de vida, ya sea de su paciente, en una empresa, escuela, etcétera, sin embargo, queda la interrogante en cuanto analizar que tanta calidad de vida se procura el psicólogo para sí mismo.

Para dar respuesta a esta interrogante se llevó a cabo una investigación en la cual se midió la calidad de vida de psicólogos que estuvieran laborando en cualquiera de las áreas ya mencionadas y que se describe a continuación.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

ψ Método

4.1. SUJETOS:

En la investigación se aplicó un cuestionario de Calidad de Vida de Ramírez Guerrero E. M. M. Y Cortés Vázquez E. B. (2001, material inédito) a 50 psicólogos de sexo indistinto, de edades entre 23 y 50 años, tomando como único criterio que estuvieran laborando en cualquier área de la psicología.

Para la aplicación del cuestionario se acudió a la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, a la Facultad de Psicología, a la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el SIDA, A.C., y a consultorios particulares.

4.2. MATERIALES:

Se utilizó el cuestionario de Calidad de Vida de Ramírez Guerrero E.M.M. y Cortés Vázquez E.B. (2001, material inédito) compuesta por 127 reactivos, cada uno de los cuales tiene 5 opciones como posibles repuestas que van desde 1 que equivale a nada hasta 5 que corresponde a totalmente.

Los reactivos de esta escala evalúan los siguientes constructos: 1) Respuesta a enfermedad, 2) Hábitos de salud, 3) Historia de salud, 4) Uso del sector salud, 5) Creencias y actitudes de salud, 6) Estrés de vida, 7) Afrontamiento, 8) Apoyo social y 9) Salud psicológica. Al tratarse de una escala Likert, ésta medirá las actitudes que los sujetos tienen hacia los constructos que conforman los factores objetivos, y sus respuestas o actitudes englobarán el factor subjetivo de la definición adoptada en este trabajo mencionada anteriormente.

Se ocupará el programa SPSS PCT, versión 10.0 para analizar los resultados que se deriven de esta investigación.

4.3. PROCEDIMIENTO:

Se aplicó el cuestionario que evalúa Calidad de Vida a 50 psicólogos laborando en cualquier área de la Psicología, para lo cual se acudió a los lugares ya mencionados. La aplicación consistió en la entrega del instrumento a los sujetos que estuvieran de acuerdo en participar en esta investigación.

Al terminar de recolectar los 50 cuestionarios, se hizo un análisis estadístico con el programa SPSS, versión 10.0, con el cual se agruparon diversos ítems para hacer el constructo de cada variable, los cuales se graficaron mostrando la actitud de los psicólogos ante los constructos arriba expuestos.

Se calculó la media, mediana, moda y desviación estándar de cada constructo, con el objeto de observar claramente qué sujetos o cuántos son los que se agrupan alrededor de la media y en cuales constructos existe mayor dispersión de datos.

4.4. RESULTADOS:

Los resultados obtenidos fueron arrojados de acuerdo con los constructos formados basándose en los ítems que los contenían, para posteriormente graficarlos y describir qué se obtuvo en cada uno.

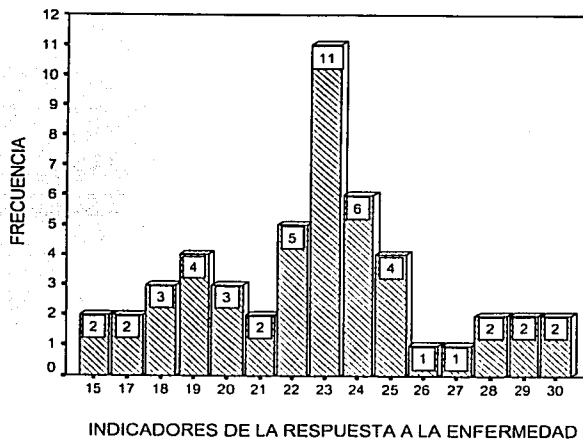
4.4.1 Respuesta a la enfermedad.

El constructo de respuesta a la enfermedad se basa en qué tanto la gente, ante una enfermedad, se ayuda a sí misma, pide ayuda profesional o si sólo deja pasar el tiempo para que ésta desaparezca.

ψ Método

Los ítems que componen la autoayuda son: evitar ponerse tenso, no realizar sus actividades comunes, trabajo, escuela, hogar, quedarse en cama; la ayuda profesional que incluye: ir al doctor o al hospital, obedecer las indicaciones del médico, tomar medicinas que el médico le receto; y por último el paso del tiempo que incluye el no tomar la medicina recetada y sólo dejar pasar el tiempo.

GRÁFICA RESPUESTA A LA ENFERMEDAD



GRÁFICA 1. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo de RESPUESTA A LA ENFERMEDAD.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ψ Método

TABLA RESPUESTA A LA ENFERMEDAD

N	Valid	50
Media		22.60
Mediana		23.00
Moda		23
Desviac.Std.		3.61

TABLA 1 .Datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo de RESPUESTA A LA ENFERMEDAD

Como se puede observar en la gráfica 1, la respuesta ante una enfermedad de la mayoría de los psicólogos entrevistados se ubica por arriba de la media (22.60), con 29 sujetos, y el mayor número de sujetos se encuentra en el rango 23, alejándose un 3.61 de la media.

De lo anterior se desprende que fue favorable la actitud que tuvieron los psicólogos entrevistados ante la enfermedad y que por lo tanto tienden a ayudarse a sí mismos, buscar ayuda profesional y no sólo dejar pasar el tiempo para que se termine la enfermedad.

4.4.2 Hábitos de salud.

El constructo hábitos de salud, se refiere a lo que usualmente hacemos o consumimos en beneficio o daño de nuestra salud.

Se compone de hábitos positivos de los que se consideran las siguientes actividades: beber algún líquido sin cafeína, caminar a diario con fuerza y energía, comer menos, conocer las calorías que consume en los alimentos, desayunar sustanciosamente, dormir por lo menos siete horas todas las noches, ingerir alimentos nutritivos, ingerir vitaminas, leer escritos sobre el cuidado de la salud,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

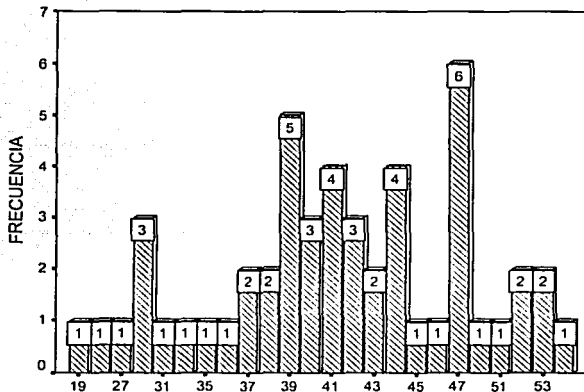
Calidad de Vida en Psicólogos Titulados

ψ Método

medir el colesterol, platicar con los amigos sobre su salud, realizar algún ejercicio con energía, usar el hilo dental y usar cinturón de seguridad.

Por otro lado, se tomaron en cuenta hábitos negativos que se componen por las siguientes actividades: abusar de la sal en la comida, beber algún líquido con cafeína, comer entre comidas, consumir tabaco en cigarrillos, puros o pipa, ingerir comida "chatarra", manejar sin respetar el límite de velocidad, tomar cerveza, tomar vino, jerez, anís, brandy u otros, y usar drogas.

GRÁFICA HÁBITOS POSITIVOS



INDICADORES DE HÁBITOS POSITIVOS

GRÁFICA 2. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo de HÁBITOS POSITIVOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Método

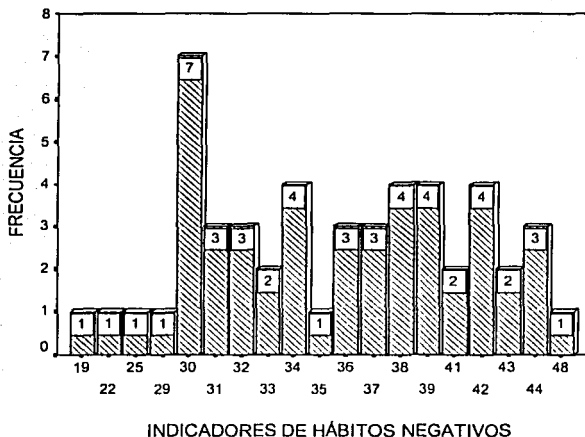
TABLA HÁBITOS POSITIVOS

N	Valid	50
Media		41.00
Mediana		41.00
Moda		47
Desviac.Std.		7.45

TABLA 2. Muestra los datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo de HÁBITOS POSITIVOS

La gráfica 2 muestra que los psicólogos entrevistados tienen una actitud regular ante los hábitos de salud positivos, debido a que 25 de los sujetos se encuentran dispersados alrededor de la media (41), ya sea por abajo o por encima. Los sujetos que están por arriba de la media son 24, alejándose un rango de 7.45 de ésta.

GRÁFICA HÁBITOS NEGATIVOS



INDICADORES DE HÁBITOS NEGATIVOS

GRÁFICA 3. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo de HÁBITOS NEGATIVOS

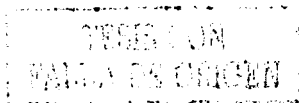


TABLA HÁBITOS NEGATIVOS

N	Valid	50
Media		35.48
Mediana		36.00
Moda		30
Desviac.Std.		5.95

TABLA 3. Datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo de HÁBITOS NEGATIVOS

La gráfica 3 muestra cómo los sujetos respondieron ante los hábitos negativos, donde se determinó que 24 de los psicólogos se ubican por arriba de la media (35.48) separándose de ésta un rango de 5.95, sin embargo 27 son los sujetos que se encuentran dispersos alrededor de la media. Concluyendo que la actitud de los psicólogos hacia el hacer y consumir cosas en perjuicio de su salud es regular ya que no existe una tendencia hacia un lado u otro de la media.

Para englobar lo que es el constructo de hábitos de salud se tomaron en cuenta hábitos positivos y negativos, de lo cual se observó en las gráficas 2 y 3 que los sujetos tienen en similar proporción hábitos positivos y negativos, es decir, así como pueden preocuparse por hacer y consumir cosas en beneficio de su salud, también hacen o consumen cosas que la perjudica.

4.4.3. Historia de salud.

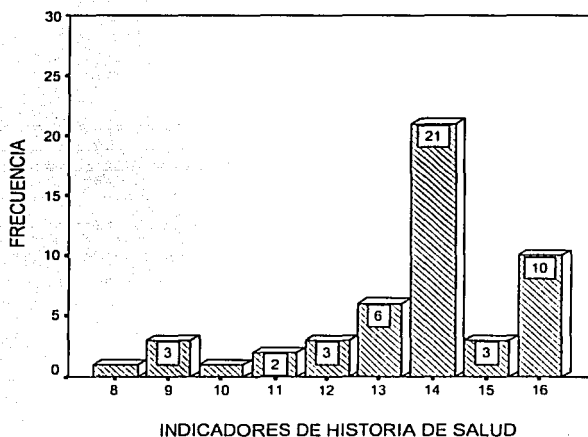
Otro de los constructos tomados en cuenta fue el de historia de salud, que se refiere a cómo perciben los psicólogos su salud de a cuerdo a como ha sido que ahora es, así como que tanto lo limita en sus actividades la presencia de alguna enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ψ Método

El constructo se compone de salud total, incluyendo éste los siguientes aspectos: cómo es la salud comparada con la de otras personas de su edad; salud reciente, que se refiere a cómo ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad; y por último el impedimento de una enfermedad crónica, incluyendo: si tiene una enfermedad crónica. ¿Qué tanto limita sus actividades?

GRÁFICA HISTORIA DE SALUD



GRÁFICA 4. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo de HISTORIA DE SALUD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA HISTORIA DE SALUD

N	Valid	50
Media		13.60
Mediana		14.00
Moda		14
Desviac.Std.		2.01

TABLA 4. Datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo HISTORIA DE SALUD

Lo que se puede apreciar en la gráfica 4 es que la distribución de la mayoría de los psicólogos entrevistados (34) se encuentra por arriba de la media (13.60), desviándose 2.1 de la media. De esto se desprende que la salud de los psicólogos entrevistados se ubica en un buen nivel, debido a que la mayoría reportó tener un estado de salud favorable.

4.4.4. Uso del Sector Salud.

Otro de los constructos que se incluyen en lo que es calidad de vida es el uso del Sector Salud que se refiere a que tanto uso le dan los psicólogos al sector salud. En él se incluye visita al doctor, descrita como: que tantas veces en el año pasado fue al consultorio del doctor (excepto por embarazo); y el paso del tiempo, conformada por: no tomar la medicina recetada y solo dejar pasar el tiempo.

ψ Método

GRÁFICA USO DEL SECTOR SALUD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 5. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo del USO DEL SECTOR SALUD

TABLA USO DEL SECTOR SALUD

N	Valid	50
Media		4.28
Mediana		4.00
Moda		3
Desviac.Std.		2.25

TABLA 5. Datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo USO DEL SECTOR SALUD

En la gráfica 5 se observa que los psicólogos hacen poco uso del sector salud, ya que 24 de los psicólogos caen por debajo de la media (4.28), y existe un rango de 2.25 de desviación hacia la media.

ψ Método

Por lo tanto se concluye que los psicólogos asisten poco al sector salud, ya sea para una visita al doctor o recibir algún tratamiento hospitalario.

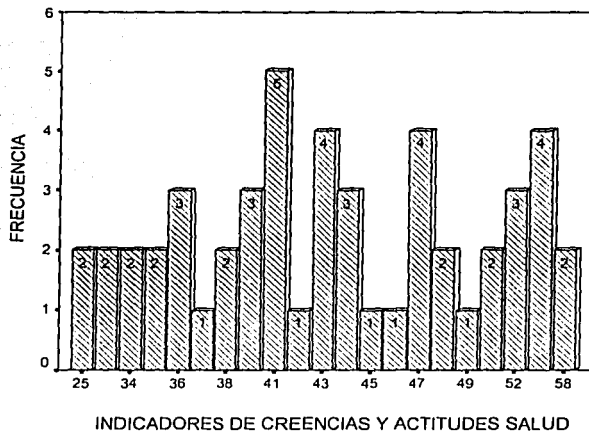
4.4.5. Creencias y Actitudes.

El siguiente constructo son las creencias y actitudes de salud, es decir, lo que los psicólogos piensan y creen hacia el cuidado de su salud.

Se conforma de la autoeficiencia, incluyendo: contar con los conocimientos para cuidar su salud, ser muy bueno para cuidar su salud, ser muy capaz de cuidar su salud, tener los conocimientos adecuados para atender sus enfermedades; vigilancia salud, que incluye: atender mucho al rendimiento de su cuerpo, atender y cuidar sus salud, estar al pendiente de las reacciones de su cuerpo, ser capaz de anticipar futuros problemas en la salud, tener objetivos para conservar su salud; valores de salud, englobando: es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida, se requiere de buena salud para ser productivo y feliz.

Tener buena salud es importante para una vida feliz, existen cosas más importantes que la salud; por último la hipocondría, que incluye: aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud, me enfermo muy frecuentemente, soy más vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad, mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad.

GRÁFICA CREENCIAS Y ACTITUDES SALUD



TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

GRÁFICA 6. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo de CREENCIAS Y ACTITUDES SALUD

TABLA USO DEL SECTOR SALUD

N	Valid	50
Media		42.980
Mediana		43.00
Moda		41
Desviac.Std.		7.71

TABLA 6. Datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo CREENCIAS Y ACTITUDES SALUD.

En la gráfica 6 se muestra como 27 de los 50 psicólogos entrevistados se localizan por arriba de la media (42.98), y existe un rango de 7.71 que se aleja de la media. Por lo tanto se concluye que sus actitudes y creencias hacia la salud va

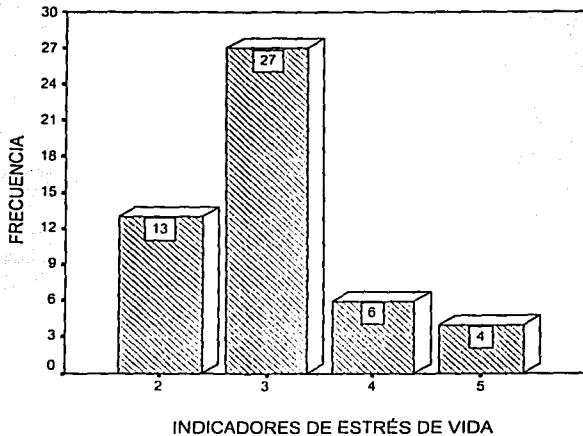
ψ Método

encaminado a lo positivo, es decir, que tienen pensamientos positivos y que tienden a cuidar su salud.

4.4.6. Estrés de vida.

El estrés de vida se maneja como el grado de estrés sufrido durante un periodo de tiempo. Sólo incluye que tanto estrés tuvo el año pasado.

GRÁFICA ESTRÉS DE VIDA



GRÁFICA 7. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo de **ESTRÉS DE VIDA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA ESTRÉS DE VIDA

N	Valid	50
Media		3.02
Mediana		3.00
Moda		3
Desviac.Std.		0.84

TABLA 7. Datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo ESTRÉS DE VIDA.

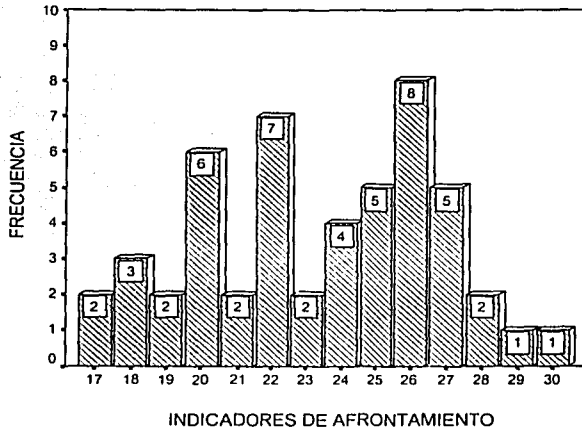
Los datos que arroja la gráfica 7 nos indican que la mayoría de los psicólogos entrevistados tuvieron un bajo grado de estrés el año pasado, dado que 40 se encuentran en la media (3.02) y debajo de ésta; en cuanto a la desviación que existe alrededor de la media está un rango de 0.84.

4.4.7. Afrontamiento.

El afrontamiento se refiere a la capacidad emocional de solucionar diversas situaciones. Incluye los siguientes ítems: acepto mis sentimientos, mantengo la calma, procuro controlar la situación, trato de conocer mejor la situación, trato de sentirme mejor, trato de solucionar mis problemas.

ψ Método

GRÁFICA AFRONTAMIENTO



GRÁFICA 8. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo AFRONTAMIENTO.

TABLA AFRONTAMIENTO

N	Valid	50
Media		23.34
Mediana		24.00
Moda		26
Desviac.Std.		3.36

TABLA 8. Datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo AFRONTAMIENTO.

De la gráfica 8 se desprende que en general los psicólogos entrevistados tienen buena capacidad de afrontamiento debido a que 26 de ellos se encuentra por arriba de la media (23.34) desviándose un rango de 3.36.

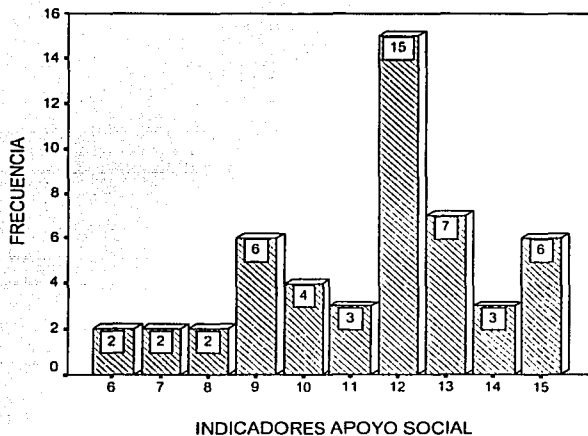
Calidad de Vida en Psicólogos Titulados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4.8. Apoyo social

El apoyo social está basado en la ayuda que le proporcionan personas cercanas a él, o sea, familiares y amigos. Está conformado por los siguientes ítems referentes al apoyo tangible: el año pasado, ¿qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?, ¿qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?, ¿qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o de dieron?

GRÁFICA APOYO SOCIAL



GRÁFICA 9. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo APOYO SOCIAL.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA APOYO SOCIAL

N	Valid	50
Media		11.44
Mediana		12.00
Moda		12
Desviac.Std.		2.41

TABLA 9. Datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo APOYO SOCIAL.

La gráfica 9 muestra que 31 sujetos cuentan con el apoyo de sus familiares y amigos, encontrándose por arriba de la media (11.44) y con un rango de desviación de la media de 2.41. Lo que indica un buen establecimiento de redes sociales con familiares y amigos.

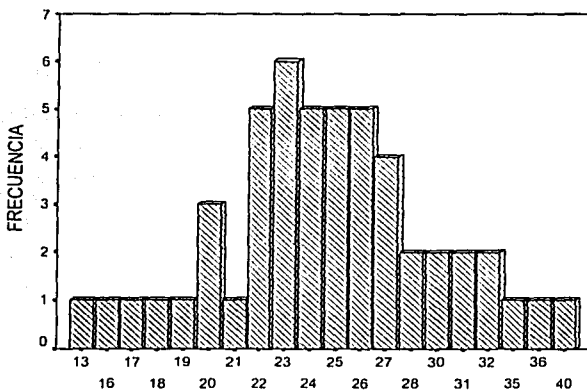
4.4.9. Salud psicológica.

El último constructo es el de salud psicológica o estrés psicológico, que se refiere a cómo el psicólogo está percibiendo su entorno y si éste le satisface o no.

Se compone de estado de ánimo, conteniendo los siguientes ítems: la pérdida de interés en las cosas, el sentirse deprimido, y si el ánimo ha sido feliz y positivo; otra característica de salud psicológica es la lentitud motora, que presenta el siguiente ítem: que tanta fatiga ha sentido; otra más es el estado ansioso, que contiene: ¿qué tan a menudo se ha sentido preocupado?, ¿qué tan seguido ha tenido miedo de lo peor?, ¿se ha sentido criticado?; y por último la satisfacción de vida, que incluye: ¿qué tan cerca ha estado de sus ideales?, ¿qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?, ¿su ánimo ha sido feliz y positivo?

Método

GRÁFICA SALUD PSICOLÓGICA



INDICADORES DE SALUD PSICOLÓGICA

GRÁFICA 10. Muestra la frecuencia de los indicadores objetivos que engloban el constructo SALUD PSICOLÓGICA.

TABLA SALUD PSICOLÓGICA

N	Valid	50
Media		24.96
Mediana		24.50
Moda		23
Desviac.Std.		5.04

TABLA 10. Datos descriptivos de los indicadores objetivos que engloban el constructo SALUD PSICOLÓGICA.

En la gráfica 10 se observa que las respuestas de los sujetos son equilibradas en cuanto a que la mitad de los sujetos se encuentra por debajo de la media (24.96) y la otra mitad, por arriba de ésta, existiendo una desviación de 5.04

Calidad de Vida en Psicólogos Titulados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ψ Método

alrededor de la media. Por lo que se concluye que el estado de salud psicológica se considera como regular.

TABLA CONSTRUCTO CALIDAD DE VIDA EN PSICÓLOGOS.

CONSTRUCTO	POCA	REGULAR	MUCHA
Respuesta a la Enfermedad			ψ
Hábitos Positivos		ψ	
Hábitos Negativos		ψ	
Historia de Salud			ψ
Uso de Sector Salud	ψ		
Creencias y Actitudes de Salud			ψ
Estrés de Vida	ψ		
Afrontamiento			ψ
Apoyo Social			ψ
Salud Psicológica		ψ	

TABLA 11. Muestra los indicadores objetivos de las respuestas de los psicólogos a los constructos que engloban el concepto de Calidad de Vida.

La tabla 11 muestra el record general de los puntajes obtenidos por los psicólogos en cada uno de los constructos que se retomaron para elaborar el de Calidad de Vida. La clasificación se realizó basándose en qué tanto se alejan de la media; es decir, si la mayoría de los sujetos caían por debajo de la media se consideró una actitud negativa o mala, si la mayoría de los sujetos se encontraban alrededor de la media se le denominó como una actitud regular, y cuando la mayoría de los sujetos estuvo por arriba de la media se consideró como una actitud buena.

ψ Método

De acuerdo con lo anterior, se observa que los psicólogos encuestados muestran una actitud negativa o poca respuesta hacia Uso del Sector Salud y Estrés de Vida; una actitud regular en cuanto a la Salud Psicológica, los Hábitos Positivos y Hábitos Negativos; por último una actitud positiva o elevadas respuestas hacia Respuesta a la Enfermedad, Historia de Salud, Creencias y Actitudes de Salud, Afrontamiento y Apoyo Social.

Basándose en estos resultados se considera que los psicólogos entrevistados tienen una buena Calidad de Vida, ya que, para esto se requirió que la mayoría de las respuestas a los constructos estuvieran encaminadas hacia una actitud positiva; aún más, en los constructos Hábitos Negativos y Estrés de Vida se hizo necesaria su actitud negativa o poca respuesta a éstos, para poder considerarse como parte de una buena Calidad de Vida.

DISCUSIÓN

Resulta importante mencionar que el constructo con actitud más favorable —para poder considerarlo así fue necesario un sesgo en sus respuestas hacia una actitud negativa— para la Calidad de Vida en los psicólogos, lo constituye el Estrés de Vida considerando el grado de estrés o tensión percibido durante el año pasado.

Lo anterior es de sorprender, pues se esperaría que el constructo de mayor importancia para los psicólogos fuera el de Salud Psicológica. Teniendo en cuenta que los conocimientos teóricos y prácticos en la profesión del psicólogo se dirigen hacia el mantenimiento de una salud psicológica que contribuya a mejorar su Calidad de Vida.

En un estudio realizado por Palomar (1996) en la Ciudad de México, se encontró que el factor que en mayor medida explica la Calidad de Vida es la sociabilidad y los amigos cercanos. Los resultados de Calidad de Vida que obtiene Palomar (1996), son diferentes a los obtenidos en este estudio, pues el Apoyo Social que la autora considera como de primera importancia, en esta investigación, es el factor que ocupa un tercer lugar para los psicólogos.

Sin embargo, es conveniente rescatar que lo que distingue la Calidad de Vida en los dos estudios es la relevancia que tiene cada uno de estos componentes en la vida de los sujetos. Es decir, la población estudiada por Palomar (1996) no requería características específicas para poder participar en su estudio, fue una población diversa, seleccionó a habitantes de la Ciudad de México y zonas conurbanas. En el caso que aquí corresponde, la población fue selectiva, ya que sólo pudieron participar psicólogos que estuvieran ejerciendo en cualquier área de su profesión, esto conlleva a una diferencia en los resultados.

En cuanto a la particularidad de la población escogida para este estudio que son psicólogos, coloca a estos en un nivel con ciertas características con las que

teóricamente debe contar (capacidad de afrontamiento, estabilidad emocional, etcétera), estas características deberían estar por sentadas o ser conocidas por ellos.

Se parte de la premisa que para apoyar o dar acompañamiento psicológico, el psicólogo, debería estar en un proceso terapéutico que facilite la capacidad de tener determinadas características y actitudes. En este sentido, ellos cuentan con características que como sector les son necesarias en su práctica profesional.

En contraposición con esto, resalta el hecho de que en el estudio de Palomar (1996), para los habitantes de la Ciudad de México el factor de la sociabilidad es considerado como constitutivo de la Calidad de Vida. En el presente estudio se encuentra que los psicólogos no descartan este factor, pero la importancia que tiene difiere de la de cualquier habitante que no cuente con las características del psicólogo. Pareciera ser que los componentes de Calidad de Vida de los psicólogos tienen que ver con la capacidad de afrontar las situaciones sin que les llegue a generar estrés y que a su vez, esto ha permitido la poca incidencia en el Sector Salud. Lo anterior lo confirma el constructo al que respondieron con poca incidencia en situaciones de enfermedad.

En cuanto a las actitudes regulares, o no favorables ni desfavorables, se encuentran los Hábitos de Salud. Esto es, que si bien los psicólogos hacen o piensan cosas en beneficio o perjuicio de su salud éstas no son determinantes para una mala Calidad de Vida. Se puede observar al remitirse a las respuestas obtenidas para el constructo Historia de Salud, pues la mayoría de los sujetos tienen poca recurrencia al Sector Salud.

El estudio realizado por Flanagan (1978), arroja que el primer factor que compone la Calidad de Vida incluye comodidades materiales, trabajo y salud; el segundo, amigos cercanos y socialización; y el tercero lo constituye el aprendizaje y la expresión.

Estos resultados no son del todo compatibles con los obtenidos en este estudio. Para los psicólogos, el componente principal es el grado de estrés, seguido por la salud y el apoyo social. Flanagan (1978) incluye factores como el bienestar económico, trabajo, aprendizaje y expresión que no son tomados en cuenta para este estudio, de ahí las diferencias en cuanto a los resultados, pues vemos que el factor social y la salud aparecen como importantes en los dos estudios realizados.

En cuanto a las diferencias, es importante tener en cuenta que la Calidad de Vida tiene muchos vértices desde donde puede enfocarse, dado que la satisfacción en diferentes aspectos de la vida es muy relativa y está influida por el nivel de aspiraciones de cada sujeto.

Blanco, Rivera, López, Rueda, (1990), realizaron un estudio acerca de la Calidad de Vida y Salud en la Ciudad de México, en el cual se concluye que las condiciones de salud de los habitantes de esta Ciudad condensan la multiplicidad de carencias y/o elementos de protección que se desarrollan en la Ciudad, presentándose así un fenómeno de polarización donde los grupos sociales con más carencias presentan una sobremorbilidad y sobremortalidad respecto a otros grupos, con elevada incidencia de enfermedades infecto-contagiosas y una creciente mortalidad por enfermedades crónicas y lesiones intencionales o accidentales.

Lo anterior resulta de gran utilidad para el presente estudio, ya que de ello se infiere que las condiciones de salud con las que los psicólogos cuentan son favorables y contribuyen a confirmar que los psicólogos tienen una favorable Calidad de Vida. Debido a que los datos arrojados por ellos no indican la presencia de enfermedades o la incidencia en clínicas u hospitales para atenderse por cuestiones de salud.

Concluyendo Blanco, Rivera, López, Rueda, (1990), confirman que los habitantes con más incidencia de enfermedades son los grupos sociales con más carencias. Los psicólogos no entran en esta categoría debido a que presentan una salud favorable y por lo tanto, las condiciones en las que se encuentran son libres de carencias en referencia al estudio mencionado.

Debido a la poca o nula investigación dirigida hacia la Calidad de Vida en psicólogos, resulta de gran interés diferenciar las áreas donde el psicólogo labora, pues sería posible ver si hay alguna que específicamente propicie una mejor Calidad de Vida. Esto no fue posible en la presente investigación debido a los propósitos de la misma.

Los factores que engloba la Calidad de Vida en los psicólogos son de diversa índole. Sin embargo, podemos apuntar al hecho de que el grado de importancia que le dan a los factores esta determinada por su vida diaria en función de su práctica profesional. Esto es, el ser psicólogo le confiere características que delimitarán lo que para esta población en particular es tener una favorable Calidad de Vida.

CONCLUSIONES

¶ Conclusiones

Para fines de este estudio se planteó que el concepto de Calidad de Vida debe tomar en cuenta factores tanto objetivos como subjetivos, donde se reconoce como objetivos los siguientes constructos: 1) respuesta a la enfermedad; 2) hábitos positivos; 3) hábitos negativos; 4) historia de salud; 5) uso del Sector Salud; 6) creencias y actitudes de salud; 7) estrés de vida; 8) afrontamiento; 9) apoyo social y 10) salud psicológica.

El factor subjetivo esta determinado por la manera en como son percibidos estos constructos para los sujetos.

Para medir la Calidad de Vida en psicólogos se aplicó un cuestionario a 50 sujetos que estuvieran laborando en cualquier área de su profesión.

Los resultados se analizaron mediante el programa SPSS PCT versión 10.0, con el cual se graficaron las respuestas obtenidas de cada constructo así como datos estadísticos (media, mediana, moda y desviación estándar).

Al analizar estos datos se encontró que el constructo al que más respuestas favorables hubo fue el de Estrés de Vida, seguido de Historia de Salud y Apoyo Social. Es decir, que durante el año pasado los psicólogos tuvieron un bajo grado de estrés o tensión teniendo antecedentes de una salud favorable. También contaron con el contacto y apoyo de seres cercanos.

En relación con los constructos incluidos en este estudio se puede concluir que la Calidad de Vida de los psicólogos es favorable, pues el afrontamiento que tienen hacia las situaciones esta ligado con el poco estrés que perciben y esta baja tensión contribuye a que su salud sea conveniente.

Además, cuando ocurre alguna situación de enfermedad tienden a facilitar su recuperación. Ante esto existe una congruencia, pues sus creencias y

ψ Conclusiones

actitudes hacia el cuidado de su salud van dirigidos a atender su estado de salud, por lo que muchas veces no tienen necesidad de recurrir al uso de algún servicio de salud.

Por otra parte, los hábitos que pudieran favorecer o dañar su salud no tienen relación directa con el nivel de su salud, debido a que, como se mencionó anteriormente, tienen poca incidencia en enfermedades.

El apoyo social y la salud psicológica son dos factores que tienen que ver con cómo el sujeto refleja o exterioriza su modo de vida. Por ejemplo, si el individuo se encuentra en un estado óptimo emocional y físicamente, le ayudará a poder establecer relaciones interpersonales.

En este estudio se trabajó con psicólogos que estuvieran laborando en cualquier área de su profesión, sin tomar en cuenta para el análisis de los datos cada área por separado. Lo que resultaría de suma importancia tomar en cuenta para un posterior estudio, ya que se podría delimitar que área favorece la Calidad de Vida.

Otros factores que resultan importantes de estudio para la Calidad de Vida, son los logros y expectativas de los individuos, ya que la satisfacción en diferentes aspectos de la vida es muy relativa y tiene que ver con lo que es necesario para cada sujeto.

Sería conveniente estudiar la relación entre la Calidad de Vida en los psicólogos, la edad y el nivel socioeconómico, de manera que se pudiera establecer la importancia que juega la edad y el nivel socioeconómico en la Calidad de Vida.

REFERENCIAS:

- Andrews, F., y Withey, S. (1974). Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*. 1 (1): 1-30.
- Andrews, F., y Withey, S. (1976). *Social Indicators of Well-Being: Americans' Perceptions of Life Quality*. Nueva York. Plenum Press.
- Arno, F. (1995). *Introducción a la Psicología*. México: Mc Graw-Hill
- Baron, R., Byrne, D. y Kantowitz, B. (1985). *Psicología: Un enfoque conceptual*. México: Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.
- Blanco, J., Rivera, A., López, O., Rueda, F. (1990) Calidad de Vida y Salud. Aproximaciones Teóricas y su Exploración. En: García, I. (ed). (1997). *Seminario Permanente de Antropología Urbana*. México: UNAM.
- Brock, D. (1973). "Recent Work in Utilitarianism", *American Philosophical Quarterly*, (10): 241-276
- Campbell, A., Converse, P. (1972). *The Human Meaning of Social Change*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell, A., Converse, P., Rodgers, W. (1976). *The Quality of Life*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cummins, R. (1995). On the trail of the gold standard for subjective well-being. *Social Indicators Research*, 35(2): 179-200.
- Flanagan, J. (1978). "A Research Approach to Improving our Quality of life", *American Psychologist*. 33 (2): 138-147.
- Griffin, J. (1986). *Well Being*. Oxford: Oxford University Press.
- Harrsch, C. (1997). *La Identidad del Psicólogo*. México: Trillas.
- Harsanyi, J. (1977). Morality and the Theory of Rational Behaviour. *Social Research*, 44. Reimpreso en Sen y Williams (1982).

Calidad de Vida en Psicólogos Titulados

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

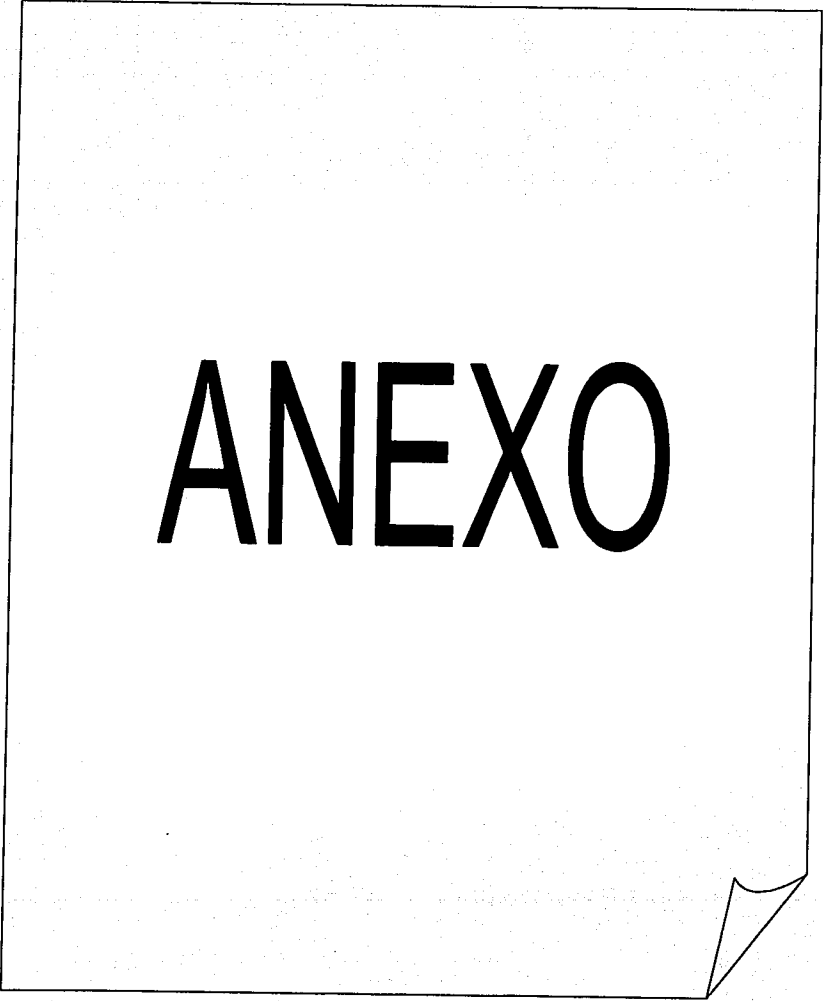
- INEGI. (1995). Disponible en: <http://dgcnesyyp.inegi.gob.mx>
- Jacob, S., Willits, F. (1994). Objective and subjective indicators of community evaluation: A Pennsylvania assessment. *Social Indicators Research*, 32(2):161-177.
- Jeffres, L., Dobos, J. (1995) Separating people's satisfaction with life and public perceptions of the quality of life in the environment. *Social Indicators Research*, 34(2).
- Leelakulthanit, O., Day, R. (1992). Quality of life in Thailand. *Social Indicators Research*, 27(1): 45-57.
- Maslow. (1970) *Motivation and Personality*, New York: Harper and Row. En: Jourard, S., y Landsman, T. (ed). (1997). *La Personalidad Saludable*. México. Trillas.
- Moreno, B., Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S A.
- Moriwaki, S. (1974) The Affect Balance Scale: a Validity Study with aged samples: *Social Indicators Research*, 29 (1): 73-78.
- Morreim, L., y Haavi, E. (1986). "Computing the Quality of Life". En: G. J. Agich y C. E. Begley (comps). *The Price of Health*. Dordrecht, D. Reidel.
- Nussbaum, M. y Amartya, S. (1996). *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Palomar, J. (1996). *Elaboración de un Instrumento de Medición de Calidad de Vida en la Ciudad de México*. México: Universidad Iberoamericana.
- Palomar, J. (1998). *Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford: Oxford University Press.

- Phares, J. (1996). *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica*. México: El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Puente, S. y Legorreta, J. (1998) *Medio Ambiente y Calidad de Vida*. México: Plaza y Valdez Editores.
- Ramírez, E. y Cortés, E. (2001). Material Inédito.
- Reyes, H. (1999). *Desarrollo Sustentable y Calidad de Vida*. México: Universidad Iberoamericana.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction-research. *Social Indicators Research*, 37(1): 1-46.
- Veenhoven, R., Ouweneel, P. (1995). Livability of the welfare-state. *Social Indicators Research*, 36(1): 1-48.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO HAYÁ
DE LA BIBLIOTECA

ANEXO

A large rectangular frame with a thin black border. The bottom-right corner of the frame is folded over, creating a triangular flap. The word "ANEXO" is centered within the frame in a bold, black, sans-serif font.

Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones durante el año pasado con amigos y familiares cercanos que sean adultos

Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
1 2 3 4 5

25.	El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5
26.	¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
1 2 3 4 5

27.	¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

--

Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
1 2 3 4 5

28.	El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5
29.	¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
1 2 3 4 5

30.	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

--

Muy poco Un poco Regular Bastante Muy a menudo
1 2 3 4 5

31.	El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5
32.	¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
1 2 3 4 5

33.	¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

--

TS = =

Cuando responda las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos adultos y solo considere el año pasado.

Muy poco Un poco Regular Bastante Muy a menudo
1 2 3 4 5

34.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5
35.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5
36.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5
37.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5

IN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

