

DIMENSIONES CONCEPTUALES SOBRE CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA, MÉXICO

JOSÉ GUADALUPE SALAZAR ESTRADA*, TERESA M. TORRES LÓPEZ**, MANUEL PANDO MORENO***, CAROLINA ARANDA BELTRÁN****, EVA ZÚÑIGA NÚÑEZ*****
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA, CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD,
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO

Recibido: 26 de abril de 2011

Aprobado: 3 de junio de 2011

Resumen

El objetivo del estudio fue explorar las dimensiones conceptuales de calidad de vida en futuros profesionales de la psicología, desde una perspectiva cultural. El diseño del estudio fue transversal exploratorio con niveles de análisis descriptivo y correlacional. Se utilizaron las técnicas de listados libres y el sorteo de montones. El análisis se procesó con el paquete ANTHROPAC v. 4.1. Resultados: Se obtuvo un alto consenso cultural (10.44 en hombres y 7.72 en mujeres). Se asoció a la idea de bienestar, salud mental y espiritualidad. Requiere de una base de recursos materiales, trabajo y educación, a fin de lograr comodidad y felicidad.

Palabras clave: Calidad de vida, estudiantes de psicología, consenso cultural, bienestar.

CONCEPTUAL DIMENSIONS OF THE QUALITY OF LIFE IN STUDENTS OF PSYCHOLOGY, MÉXICO

Abstract

The study objective was to explore the conceptual dimensions of the quality of life of future professionals of psychology, from a cultural perspective. The design was exploratory transversal with descriptive and correlation analysis. It was applied free listing and pile sorts. The analysis was processed with ANTHROPAC v. 4.1. The results showed high cultural consensus (10.44 in men and 7.26 in women). It was associated to well-being concept, mental health and spirituality. It is necessary an economic basis, job and education, for to get comfort and happiness.

Key words: Quality of life, psychology students, cultural consensus, well-being

INTRODUCCIÓN

Durante la década de los 50,s y a comienzos de los 60,s, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir el bienestar humano a través de datos objetivos y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores estadísticos, que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar

humano de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento, referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento, contemplar elementos subjetivos (Gómez & Sabe, 2001; González-Rey, 2010). El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70,s y comienzos de los 80,s ha provocado un proceso de diferenciación entre estos indicadores y la calidad de vida (CV).

* Psicólogo, Doctor en Ciencias de la Salud con Orientación Sociomédica, docente Investigador adscrito al Departamento de Salud Pública del Centro universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Email: jsalazar@cucs.udg.mx, jsalazar43@gmail.com

** Psicóloga, Doctora en Antropología Social y Cultura, docente Investigador adscrito al Departamento de Salud Pública del Centro universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Email: tere.torres.cucs@gmail.com

*** Psicólogo, Doctor en Antropología Social y Cultura, docente Investigador adscrito al Departamento de Salud Pública del Centro universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Email: manolop777@yahoo.com.mx

**** Médico, Doctor en Ciencias de la Salud Pública, docente Investigador adscrito al Departamento de Salud Pública del Centro universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Email: caranda2000@yahoo.com.mx

***** Estudiante de la carrera de psicología en el centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Email: kukume_89@hotmail.com

El concepto de CV en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida se refiere a aquellas condiciones que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan, como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos (Testa, 2009). Parece como si el concepto de CV apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados (Trujillo, Tovar, & Lozano, 2004).

La expresión CV comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos, siendo este último componente una de sus características principales y puede ser utilizado para una serie de metas que incluyen las evaluaciones de las necesidades y del nivel de satisfacción (Vergara, Alonso, Palacio, & Rojas, 2009).

En las personas, la forma de sentir o pensar acerca de algo está influido directamente por los factores del entorno, en especial la cultura. Podría pensarse que la CV se daría igual para las distintas culturas y definir este concepto abordando los distintos factores de cada grupo social, pero no basta con eso; la historia personal, la ubicación sociocultural y geográfica, etc. es lo que le da a cada persona su manera de apreciar la vida, sus expectativas, sus metas, sus deseos, su sentido de ser, etc., relacionada con la libertad (Testa, 2009). Una persona libre se mueve voluntaria, independiente y responsablemente para desempeñar su papel en un mundo cuyos eventos de la vida cotidiana pasan por él y por su elección y voluntad espontánea. Es esta libertad la que diferencia el ser de cada persona, es lo que hace elegir cosas distintas, en otras palabras es la subjetividad propia. Desde esta perspectiva, no se puede hablar de CV sin considerar las diferencias individuales y la importancia de lo subjetivo que rodea la felicidad de las personas.

Según la Organización Mundial de la Salud -OMS- (Whoqol, 1993), la CV es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la sa-

lud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (Whoqol, 1993). En este sentido es comprensible que se deseen implantar políticas o mediciones de calidad de vida dentro de alguna población, para lo que es necesario operacionalizar el concepto en elementos “objetivos” u observables, lo que hace más difícil abocarse a elementos más individuales o subjetivos.

Muchas personas han intentado teorizar acerca del concepto de CV, y la forma en que los individuos la alcanzan; a grandes rasgos, podemos dividir estas teorías en las que consideran y las que no consideran a la subjetividad (Schwartzmann, 2003). Dentro de los planteamientos subjetivos y personales, se encuentran el contexto o cultura, la separación de aspectos cognitivos y afectivos y se deja un espacio para una evaluación personal dentro de la propia concepción de CV. Desde este punto de vista, para las personas no es la situación en sí misma la que provocaría satisfacción, sino la evaluación personal de ésta. Otra teoría es conocida como teoría teleológica o finalista, reconoce el bienestar subjetivo como posible de alcanzar por medio del establecimiento, acercamiento y cumplimiento de las propias metas. En las sociedades actuales existe una tendencia a sentir temor a vivir el día a día, a mirar hacia delante y no ver nada. Al plantear metas se hace real el futuro, lo que permite de alguna forma apaciguar la ansiedad que ello produce, mejorando la CV y obteniendo bienestar subjetivo (Levasseur, Desrosiers, & Whiteneck, 2010).

Dentro de las teorías cognitivas, es la de comparación social la que mejor plantea aspectos subjetivos en el concepto de CV. Esta teoría es bastante real, en el sentido que dentro de las sociedades la comparación existe en la mayoría de los ámbitos y se plantea que el cotejo es parte de las elaboraciones de la persona; la forma en que construye el mundo le va a dar a entender las pautas por las cuales debe recibir la información que le entregan los demás individuos; de acuerdo a la imagen que tenga de sí misma va a compararse con realidades *mejores* o *peores*, esto dependerá de la propia concepción de su realidad, de su vida personal, de sus vivencias, etc. Es necesaria una observación de la propia vida y de la propia realidad para llegar a una conclusión luego de hacer una comparación con otras personas o grupos, lo cual es parte de un proceso evidentemente subjetivo, ya sea cognitivo o emocional (Testa, 2009).

En cuanto a las teorías que no consideran la subjetividad dentro de sus planteamientos, la teoría de la

actividad es una de ellas, su concepción es demasiado amplia, en el sentido que no especifica qué se entenderá por actividad, o si existe elaboración por parte de la persona al momento de realizar la actividad. Es posible deducir que sería la actividad por sí misma la que otorgaría bienestar subjetivo, y sólo realizándola se obtendría (Testa, 2009). Con base a esto se considera que es bastante reduccionista y deja de lado elementos relevantes al momento de hablar de personas que se encuentran insertas en una sociedad.

Para entender conceptualmente CV, desde el eje de la subjetividad, se requiere comprender que se hace referencia a una forma superior a lo físico únicamente, puesto que se debería considerar el ámbito de relaciones sociales del individuo, sus posibilidades de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos a que se encuentra sometida su salud física y psíquica, entre otros elementos, lo que trasciende a la individualidad (Espinosa, 1999; McGregor, Camfield, & Woodcock, 2009). Por lo tanto, CV es una categoría multidimensional que presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre, combate el concepto de hombre unidimensional y uniforme y obliga a desplegar la creatividad para aprender la diversidad humana; es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores.

Por otra parte, podemos observar que han existido dos aproximaciones básicas sobre CV: a) aquella que la concibe como una entidad unitaria, y b) la que la considera un constructo compuesto por una serie de dominios o dimensiones. Aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, la CV ha sido definida como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, b) como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la *mejora* de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y d) Como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Espinosa, 1999).

En resumen las características de la CV son: a) es un concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de

vida, la felicidad. b) es un concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, c) es un concepto dinámico: dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos de tiempo y d) su interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales (Kowalik, 2000).

Para ello, es fundamental la utilización de las dimensiones incluidas en el concepto de calidad de vida por parte de los profesionales de la salud en la evaluación y pertinencia de los futuros usuarios de los servicios de salud, se requiere incluir en formación profesional los aspectos relativos al propio concepto sin importar el tipo de metodología aplicada, así sea a través de métodos cualitativos como son los grupos focales o los métodos tradicionales de abordaje a los aspectos o dimensiones de la vida y considerar los consensos culturales de los futuros profesionales de la salud.

El desempeño de un futuro profesional de la psicología no solo está sujeto a la perspectiva que se tenga de determinadas categorías, también depende de las habilidades sociales (HHSS) que van adquiriendo y al desempeño propio de las HHSS que van cambiando con respecto a la percepción del dominio de las HHSS y de control de pensamientos ansiosos conforme van avanzando en su plan de estudios (Gallego, 2008; Campo, & Martínez, 2009).

Para poder abordar la aproximación empírica del estudio de la conceptualización cultural de la calidad de vida, es necesario limitar un ámbito particular dentro de todas las definiciones posibles de la misma y por consiguiente la importancia de conocer cuál es la concepción que tiene los profesionales de la salud sobre el concepto de calidad de vida. Una forma de aproximarse a ésta población es resaltar lo que se ha llamado punto de vista *desde dentro* o punto de vista *emic* (visión *desde dentro* de la situación o problema a estudiar) (Rossi & O'Higgins, 1981), es decir, de los directamente implicados en la situación de futura atención de la población en materia de salud mental.

Se han realizado varios estudios (Torres, Sandoval, & Pando 2005; Caballero, et al., 2006) en donde se busca identificar las concepciones sobre salud y la enfermedad en general sobre algún tipo de padecimiento específico, como es el caso de un padecimiento crónico y pocos son los estudios en población denominada sana (Lozano, Torres, & Aranda, 2008) concluyendo que son las concepciones las que condicionan

los significados, la interpretación de sensaciones y la percepción de los cambios y potencialidades corporales que la persona tendrá (Torres et. al. 2005), enfatizando la influencia cultural y social en la modificación de estructuras conceptuales con la influencia de los adultos o profesores en la resolución de problemas por parte de los estudiantes (Barón, 2009).

De ahí la importancia de identificar ¿cuál es la dimensión que le dan al concepto de calidad de vida los futuros profesionales de la salud mental? Dichos profesionales deberán de tomar en cuenta la importancia de las experiencias subjetivas de los individuos, en la integración y existencia de una sociedad determinada por valores sociales y culturales, pero a la vez se le exige, conocer como viven los sujetos sus condiciones objetivas de existencia, identificar qué expectativas de transformación de dichas condiciones tienen, así como evaluar el grado de satisfacción que se consigue.

El objetivo de este estudio fue explorar las dimensiones conceptuales de calidad de vida de futuros profesionales de la psicología de una Universidad pública del Estado de Jalisco, México, a fin de generar propuestas en su formación profesional.

METODOLOGÍA

Diseño

Es un estudio transversal y exploratorio con nivel de análisis descriptivo y correlacional. Con dos recolecciones sucesivas de datos. En una primera etapa de entrevistas se aplicó la técnica de listados libres, a fin de obtener un repertorio de términos con los cuáles se habilitó, además de un serie de preguntas generales sobre sexo, edad, actividad deportiva y si realizaron alguna actividad remunerada económicamente, posteriormente, la aplicación de la técnica de sorteo de montones y triadas, a fin de describir la organización de las distintas dimensiones conceptuales que los informantes elaboran en torno al término bienestar.

Participantes

El estudio se realizó con estudiantes de diferentes cursos de la Carrera de Psicología de una Universidad Pública de la ciudad de Guadalajara, México. La estrategia de muestreo para la selección de entrevistados fue no probabilística propositiva (Kuzel, 1992), orientada a encontrar cierta variación en algunas características generales de los informantes. Las entrevistas se efectuaron en las instalaciones de la escuela de psicología, durante los recesos de clases. Antes de

cada entrevista se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado verbal, garantizándose a los informantes la confidencialidad y anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de los entrevistados se sujetó a su aceptación voluntaria.

Se realizó un trabajo de recolección sistemática de datos bajo el enfoque de la antropología cognitiva que estudia cómo los sujetos de diferentes culturas adquieren información y la procesan para generar decisiones y actuar de acuerdo a los valores normativos de su entorno (Bernard, 2006; Gans, 2010).

Instrumentos

Las técnicas de recolección de datos se orientaron a la descripción del dominio cultural del concepto de calidad de vida. En la antropología cognitiva se entiende por dominio cultural al conjunto organizado de palabras o frases que, en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica (Bernard, 2006). En ese sentido, en la primera fase del estudio se aplicó la técnica de *listados libres*. Esta técnica consiste en pedir a los informantes un listado escrito de términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular en este caso la palabra: calidad de vida. Luego de obtenidas las listas de palabras, se tabularon los términos por frecuencia de mención, lo que permitió escoger 18 términos de cada listado, a fin de generar instrumentos de recolección de sorteo de montones que se aplicaron en la segunda fase del estudio, el sorteo de montones consiste en elaborar tarjetas para cada término y pedir a los informantes que formen grupos de cartas que contengan los términos más parecidos, sin importar el número de grupos generados. Después se les pide que etiqueten a cada montón con una palabra que identifique el conjunto de las tarjetas seleccionadas.

Procedimiento

Se utilizaron dos recolecciones sucesivas de datos, entre septiembre y octubre del 2008: una con la técnica de listados libres y otra con las técnicas de sorteo de montones. En ambas recolecciones se entrevistaron 20 informantes por género, siendo un total de 40. El tamaño de la muestra en cada contexto se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural de Romney, Batchelder y Weller, 1987 para el estudio de patrones culturales. El supuesto plantea que, en estudios de descripción cultural, el tamaño de muestra no debe ser grande, debido a que la correlación pro-

medio entre informantes tiende a ser alta (.5 ó más). En ese sentido, Weller y Romney (1988) sugieren un tamaño mínimo de 17 informantes para clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) de .5 y un nivel de confianza de .95.

Los datos generados en la segunda fase fueron tabulados en matrices de palabra por palabra y sus valores fueron transformados a proporciones de similitudes. Las matrices resultantes fueron analizadas por separado para los valores agregados y los valores individuales. En el caso de los valores agregados, las matrices de palabra por palabra y sus valores fueron transformados a proporciones de similitudes y analizadas mediante conglomerados jerárquicos. Este método asigna palabras a dimensiones conceptuales de acuerdo a la similitud percibida por los informantes.

El grado de similitud entre palabras se expresó en una gráfica de diagrama de árbol con niveles de correlación. En forma complementaria, se hizo la representación espacial en dos dimensiones de las similitudes de las palabras representadas en los árboles de conglomerados, mediante escalas multidimensionales no métricas. Con esta técnica se calculó el valor de *stress* como medida de bondad de ajuste de la representación de los conglomerados. Esta medida se define como la suma de correspondencias entre pares de objetos dentro de la representación espacial. En el trabajo se siguió la propuesta de Sturrock y Rocha (2000), quienes sugieren para una representación de

20 términos un valor de corte de *stress* menor a 0.28 y para 15 términos un valor menor de 0.23.

En el caso de los valores individuales, las matrices fueron analizadas mediante un modelo de consenso cultural ajustado a respuestas ordinales (Weller, & Mann, 1997). Este modelo estima la verosimilitud de que un sistema homogéneo de conocimientos predomine en una cultura, a partir de la correspondencia entre los conocimientos del grupo y los del individuo. Para el efecto, se corrieron análisis factoriales de componentes principales que agrupan a los individuos en función de sus respuestas. El criterio de bondad de ajuste para la obtención del consenso en los modelos implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, lo cual significaría que hay una alta concordancia en las respuestas de los informantes. Los distintos análisis se procesaron con el paquete ANTHROPAC v. 4.1.

RESULTADOS

Características de los informantes

En ambas fases se entrevistó a 40 informantes, 20 del sexo femenino y 20 masculinos, sus edades fluctuaban de 18 a 25 años (promedio 19.5 años \pm 1.48 años). Todos ellos alumnos de la carrera de psicología, de los cuales solo el 15 % ($n=3$) de hombres y de mujeres no viven con los papás, el 5 % de los Hombres y el 4% de las mujeres tienen una actividad remunerada económicamente y el 50 % de los hombres manifiestan hacer ejercicio, por lo menos una vez a la semana en contraste con el 37% de las mujeres (tabla 1).

Tabla 1
Datos generales de la muestra por género

		Género			
		Hombres		Mujeres	
		f	%	f	%
Semestre que cursa	1	1	5.0%	0	.0%
	3	16	80.0%	19	95.0%
	4	3	15.0%	0	.0%
	9	0	.0%	1	5.0%
Trabaja	Si	5	25.0%	4	20.0%
	No	14	70.0%	15	75.0%
	SD	1	5.0%	1	5.0%
Realiza una actividad deportiva	Si	10	50.0%	7	35.0%
	No	10	50.0%	13	65.0%
	Subtotal	20	100.0%	20	100.0%
	Total	20	100.0%	20	100.0%

Fuente: directa

Listados libres

Las palabras mencionadas por los informantes con mayor frecuencia en la aplicación de los listados libres se clasificaron en tres categorías, dadas por la repetición y similitud de las palabras: *elementos descriptivos* del concepto de calidad de vida (a su vez clasifica-

dos en *léxico* = sinónimos del término, *composición* = elementos que conforman el concepto de calidad de vida; y *vecindad* = otras palabras relacionadas), *prácticas* (clasificadas en acciones y funciones de la calidad de vida) y *atributos* (adjetivos o calificativos), y se describen en la tabla 2.

Tabla 2

Palabras obtenidas en los listados libres sobre el concepto de Calidad de Vida por estudiantes de Psicología, Guadalajara, México, noviembre 2008

Palabras	Mujeres	Hombres
Descriptivos		
Léxico	Bienestar	Bienestar Calidad
Composición	Salud Necesidades básicas satisfechas Autoestima Amor Alegría Esperanza Armonía Espiritualidad Libertad Posibilidades de progreso Mejora	Salud Salud mental y física Oportunidades de acceso Vida Amor Alegría Amistad Unidad Espiritualidad Sociabilidad
Vecindad	Dinero Productividad Economía Nivel de vida Bien Inmueble Conciencia ambiental Psicología Familia Profesión Oportunidades de crecimiento	Dinero Ingresos económicos Sustento Casa Tener un hogar Intelecto Psicología Familia Conciencia Acceso a servicios La <i>gente bien</i> la tiene Los adictos, enfermos terminales y ancianos la necesitan Se relaciona con un estándar Se indica por la mortalidad
Prácticas		
Acciones	Educación Buen vivir Atención de uno mismo Tener expectativas Dormir bien Ejercicio Cuidados Comer bien Recreación	Educación Trabajo Horas de sueño Buena alimentación Ejercicio Perseverancia Crecimiento Forma de vida Cooperación

Continuación Tabla 2

Funciones	Comodidad Seguridad Felicidad Tranquilidad Equilibrio Longevidad Estabilidad Satisfacción Desarrollo Realización Plenitud Éxito Progreso Vivir más y mejor Entusiasmo	Comodidad Felicidad Tranquilidad Estabilidad Confort Júbilo Mejoría Satisfacción Longevidad Aumenta el deseo sexual Éxito Desarrollo
Atributos	Vida digna Importante para el futuro	Bueno Poder social

Fuente: Listados libres

En general los estudiantes de psicología hombres mencionaron una mayor variedad de términos que las mujeres.

En cuanto a los términos ubicados en los elementos descriptivos, se citó la palabra *bienestar* (una chica comentó: “*Si se cuenta con lo necesario para vivir se tiene una buena calidad de vida*”) como sinónimo del concepto (o léxico) de calidad de vida, los hombres agregaron además el término *calidad* (uno de ellos dijo: “*La calidad lo es todo*”).

En el apartado de composición se incluyeron términos relacionados con la base del concepto: *salud* (una joven dijo: “*Al tener salud se goza de todo*”), *necesidades básicas satisfechas* por parte de las mujeres; *salud mental y física* (un chico refirió: “*Porque desde los griegos: mente sana en cuerpo sano*”), *vida y oportunidades de acceso* (un joven comentó: “*Gran parte de la calidad de vida consiste en el acceso a la educación, los servicios, etc.*”) por los hombres. Aspectos emocionales como *amor y alegría*, las mujeres agregaron además la *autoestima* (una de ellas mencionó: “*Ya que al estar bien con uno mismo se vive mejor*”). Elementos de trascendencia personal: *armonía, esperanza, espiritualidad, libertad* (una joven dijo al respecto: “*Es importante poder hacer lo que queramos sin que nos limiten*”), *posibilidades de progreso y mejora* por parte de las mujeres; *espiritualidad* (uno de los chicos comentó: “*la espiritualidad te hace más fuerte, resistes los golpes inevitables de la vida*”) y *unidad* por parte de los

hombres. Y la relación con los otros: *amistad* (uno de los jóvenes refirió: “*El estar con mis amigos es tiempo de calidad*”) y *sociabilidad* referidas sólo por parte de los hombres.

En el apartado de vecindad se incluyeron palabras relacionadas a aspectos materiales como son *dinero, productividad* (una chica dijo: “*Es necesaria y es consecuencia de tener calidad de vida*”), *economía, nivel de vida, bien inmueble* por parte de las mujeres; *dinero* (un chico dijo: “*En el mundo actual puede dar algo de tranquilidad a los individuo*”), *ingresos económicos, sustento, casa y tener un hogar* por parte de los hombres. Recursos sociales: *profesión, oportunidades de crecimiento, familia* (una joven dijo al respecto: “*Con el respaldo de la familia se tiene una buena calidad de vida*”) por parte de las mujeres; *acceso a servicios y familia* por parte de los hombres. Así como recursos intelectuales: *conciencia ambiental y psicología* por parte de las mujeres; *intelecto, psicología* (un chico mencionó: “*La psique influye en la calidad de vida es necesario una salud mental para tenerla*”) y *conciencia* por parte de los hombres. Los hombres agregaron además dos posibles indicadores de calidad de vida (*relación con un estándar, el índice de mortalidad*) además de algunos referentes de grupos sociales (*gente bien, adictos, enfermos terminales y ancianos*).

En cuanto a los términos ubicados en el apartado de prácticas, las acciones se citaron palabras relacionadas con elementos físicos como son *atención de*

uno mismo, dormir bien, ejercicio, cuidados y comer bien por parte de las mujeres; horas de sueño, buena alimentación y ejercicio por parte de los hombres. Educativos: educación y recreación por parte de las mujeres; educación y trabajo por parte de los hombres. Emocionales: buen vivir, tener expectativas (una de las jóvenes dijo: "Buscar el lado bueno de las cosas") sólo por parte de las mujeres. Así como términos de tipo personal: perseverancia, crecimiento, cooperación (un joven comentó al respecto: "Puede surgir hacia los demás estando bien y buena disposición") y forma de vida sólo por parte de los hombres.

En el sub apartado de funciones (también ubicado en prácticas) se encuentran palabras relacionadas con la estabilidad: comodidad, seguridad, felicidad (una joven dijo: "Al final es el punto más importante de la vida"), tranquilidad, equilibrio, estabilidad, satisfacción, longevidad por parte de las mujeres; comodidad, felicidad, tranquilidad, estabilidad, confort, júbilo, mejora, longevidad (un joven dijo: "Una buena calidad de vida se puede manifestar en longevidad") y satisfacción por parte de los hombres. Y el desarrollo: realización (una joven dijo: "poder alcanzar tu meta es parte importante para poder tener una vida satisfactoria"), desarrollo,

plenitud, éxito, progreso, entusiasmo, vivir más y mejor por parte de las mujeres; éxito (un chico mencionó al respecto: "Una buena calidad de vida es sinónimo de éxito en todas las áreas de una persona"), desarrollo, aumento de deseo sexual por parte de los hombres.

Por último en el apartado de atributos se citaron términos de tipo positivo, tales como vida digna e importante para el futuro por parte de las mujeres; bueno y poder social (un chico comentó al respecto: "A partir de un buen papel en el desarrollo social, los sujetos pueden satisfacer una de las áreas más importantes del ser humano") por parte de los hombres.

Dimensiones conceptuales del concepto de calidad de vida.

En la figura 1 se muestran las dimensiones conceptuales encontradas mediante análisis de conglomerados desde el punto de vista de las mujeres estudiantes de Psicología.

Se presentaron dos grandes dimensiones: La primera es Vida digna, dividida a su vez en buena vida (incluye bienestar, estado de paz y estabilidad laboral) y Realización personal (incluye progreso y superación profesional). La segunda es Autorrealización, dividida a su vez en plenitud (incluye seguridad en Ti mismo y utopía) y vida interior.

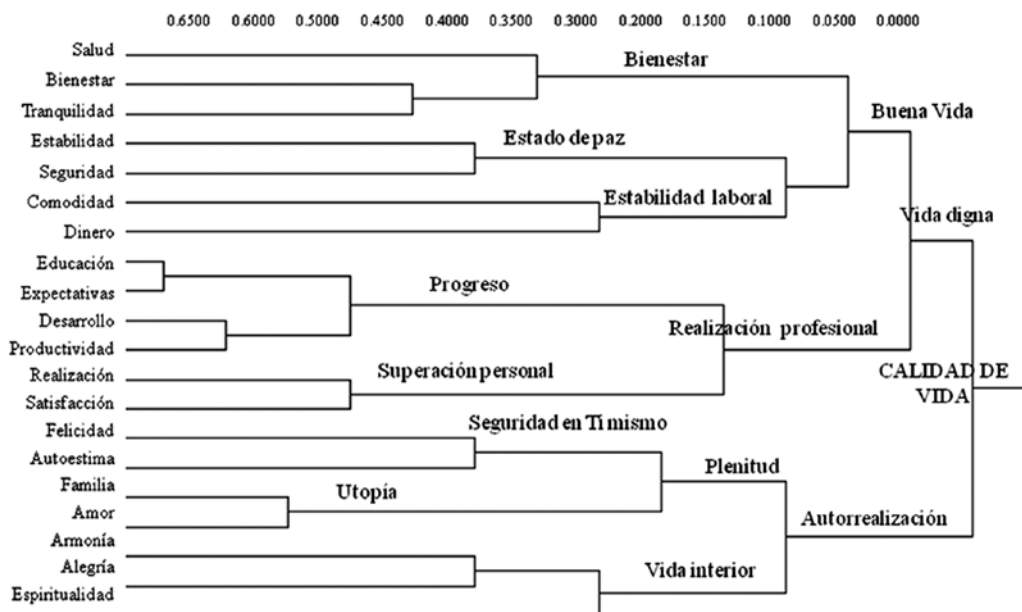


Figura 1. Dimensiones del concepto Calidad de Vida por conglomerados jerárquicos en el grupo de mujeres estudiantes de Psicología, Guadalajara, México, noviembre del 2008.

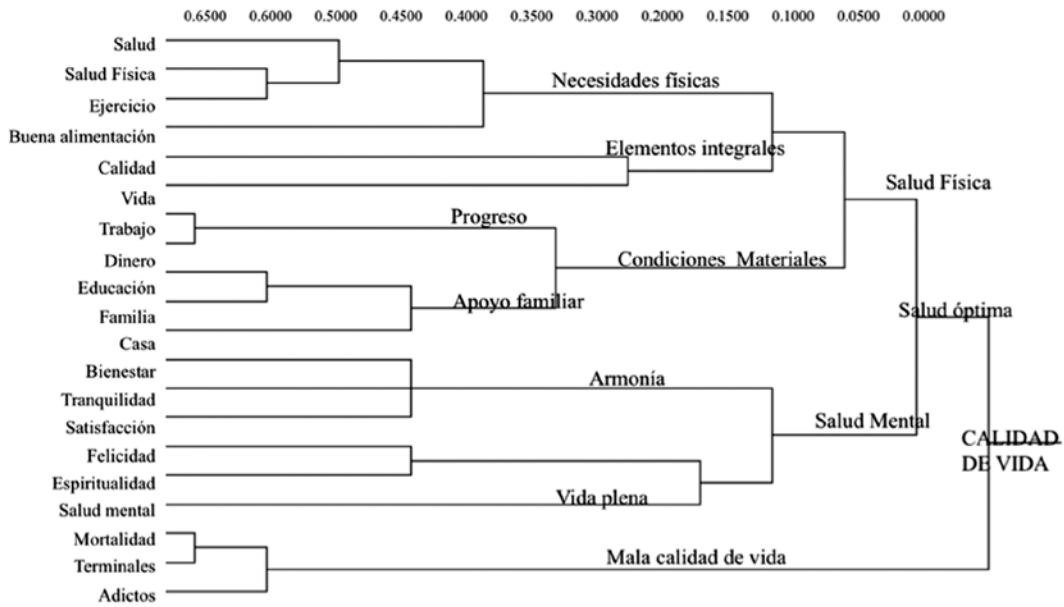


Figura 2. Dimensiones del concepto Calidad de Vida por conglomerados jerárquicos en el grupo de hombres estudiantes de Psicología, Guadalajara, México, noviembre del 2008.

En la figura 2 se muestran las dimensiones conceptuales encontradas mediante análisis de conglomerados desde el punto de vista de los hombres estudiantes de Psicología.

Se presentaron dos grandes dimensiones: La primera *Salud óptima*, dividida a su vez en *salud física* (incluye *necesidades físicas*, *elementos integrales* y *condiciones materiales*) y *salud mental* (incluye *armonía* y *vida plena*). Y la segunda *Mala calidad de vida*.

Las dimensiones descritas por los árboles de conglomerados tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados (stress < 0.28 al obtener 0.113 en el caso de

los hombres y 0.167 en el caso de las mujeres), en el análisis de escala multidimensional no métrica.

Consenso cultural sobre el concepto de calidad de vida

El consenso cultural obtenido se presenta en el tabla 3. La organización conceptual de las distintas dimensiones del bienestar tuvo consenso cultural. Alcanzó un nivel de razón = 10.44 en el caso de los hombres y 7.72 en el caso de las mujeres. Como ya se mencionó antes la regla es que este factor debe calificar más de tres veces la varianza del segundo factor,

Tabla 3

Nivel de consenso cultural del concepto de Calidad de Vida, estudiantes de Psicología, Guadalajara, México, noviembre 2008

Personas participantes	Razón del Factor 1 (F1)	Varianza Acumulada %	Razón del Factor 2 (F2)	Varianza Acumulada %	Razón F1:F2	Competencia Cultural*		Concordancia grupal**
						Media	DE	
Hombres (n=20)	10.44	87.2	0.88	94.6	11.79	0.707	0.152	0.499
Mujeres (n=20)	7.72	82.4	1.06	93.8	7.26	0.589	0.198	0.346

DE: desviación estándar

* Competencia Cultural: media aritmética grupal del grado de acuerdo individual con las respuestas promedio.

** Concordancia grupal: promedio de Competencia Cultural elevado al cuadrado

Fuente: Análisis de consenso del sorteo de montones

lo cual sucedió en este caso (fue 11.79 veces mayor en el caso de los hombres y de 7.26 en el caso de las mujeres). El porcentaje acumulado de la varianza para el factor ratio 1 fue mayor a 70% y la media de la competencia cultural individual fue mayor a 0.6 en el caso de los hombres y sólo faltó 0.01 en el caso de las mujeres, confirmando esos valores el consenso cultural. Los valores mayores a 0.3 en la medida de acuerdo grupal describen homogeneidad en la organización conceptual de las dimensiones y validan también el consenso.

DISCUSIÓN

El objetivo que guió este estudio fue explorar las dimensiones conceptuales de calidad de vida por medio de las técnicas de las *listas libres* y el *sorteo de montones*, en los estudiantes de psicología de una Universidad Pública en Guadalajara (México) a fin de generar propuestas en su formación profesional, son técnicas ampliamente utilizadas en la antropología cognitiva y plantean elementos de subjetividad tanto en su aplicación como su evaluación que merced al programa *Anthropac* pueden determinarse por medio de la objetivización del consenso cultural, mediante el procedimiento de matrices de proximidad de cada uno de los demás informantes, obteniéndose matrices agregadas que son la base de las gráficas multidimensionales que objetivizan esa subjetividad.

Con relación a datos generales (trabaja y realiza actividad deportiva), no existen diferencias importantes entre los informantes, siendo muy similar las condiciones de los estudiantes independientemente si es hombre o mujer. Sin embargo, cuando se analiza mediante la razón de los valores extremos mayores a 3 que indican un acuerdo significativo en torno a un modelo cultural explicativo de dominio cultural expresado en ambos géneros de estudiantes de psicología, con una leve diferencia de mayor consenso cultural entre los hombres que entre las mujeres.

Así, se encontró que de este dominio cultural expresado mediante las listas libres se observa una tendencia a encontrar diferencias en cuanto la cantidad de términos manejados de acuerdo al género, los hombres mencionan una mayor variedad de términos que las mujeres, la idea central de los términos se dio en la palabra *bienestar*, la dimensión de bienestar (estado de ánimo, emociones positivas y negativas, cogniciones, motivaciones), estuvo más asociado al concepto de salud, de acuerdo con la definición establecida por World Health Organization (WHO) hace más de 50 años (WHO, 1947). Sin embargo este concepto en los

estudiantes de psicología, se da más en el contexto de formarse como profesionales de la psicología en el ámbito de tener lo necesario para vivir *mejor* de tener una *deseable* forma de vida, aún así en el conocimiento sobre las diferencias de género descritas por García-Rodríguez, et al., (2009), por esa razón, consideramos que es pertinente la implementación de contenidos curriculares con una proyección de la divergencia cultural en la formación de psicólogos.

Existe en la concepción cultural de concepto de calidad de vida de los hombres y mujeres estudiantes, el uso de conceptos de orden social y económico, así como elementos de carácter afectivo y espiritual como concepciones que condicionan los significados, la interpretación de sensaciones y la percepción de los cambios y de sus actividades como profesional de la psicología. Con ello se identifica la diferencia en la perspectiva de un estudiante de psicología que tiene bajo su formación profesional una disciplina relacionada con las ciencias sociales y con las ciencias de la salud en el interés con los aspectos personales de bienestar, amor, espiritualidad y salud.

La tendencia homogenizante en ambos grupos sobre el concepto de calidad de vida, como parte integral de su formación como futuro profesional de la salud, es la de expresar una visión común como ha sido citado por Bloom, (1978) en cuanto a aspectos físicos, materiales y económicos como dinero, productividad, sustento, economía, ingresos económicos, como indicadores sociales en el área de la salud y relacionado con la tendencia de *estar-bien* adyacente a la noción de calidad de vida, como elementos vitales y referente de grupos sociales. Según Weber “el orden económico capitalista actual es como un cosmos extraordinario en el que el individuo nace y al que, al menos en cuanto individuo, le es dado como una jaula (Gehäuse) prácticamente irreformable, en el que ha de vivir”, solo los hombres establecen indicadores de salud física y mental como dimensión de salud óptima (Weber, 2003).

Se observa, una visión común respecto a las acciones concebidas en sus prácticas sobre calidad de vida, los estudiantes de ambos sexos, están más centrados en pensar sobre sí mismos con cuidados físicos personales, Así como tener educación y trabajo, por la parte emocional, también están alrededor de términos personales y solo por los hombres se mencionó a la calidad de vida en su descripción de práctica, como una *forma de vida*. La tendencia de *estar-bien* adyacente a la noción de calidad de vida, al parecer empujar al estudiante a la búsqueda de una armonía existencial

entre las diversas dimensiones simbólicas (historicas, económicas, biológicas y psicológicas), encadenándolas a motivos básicos.

También se observó que existe consenso en las funciones que tienen el concepto de calidad de vida enfocado a aspectos relacionados con el equilibrio, éxito, progreso, estabilidad, comodidad, seguridad y satisfacción. Siendo conceptos que reflejan una búsqueda cultural de comodidad. Además los hombres incorporan el concepto de aumento de deseo sexual como parte fundamental de la dimensión de prácticas, como elementos que buscan dar respuesta a satisfacer necesidades individuales como punto fundamental de lograr un *mejor* bienestar personal a cargo de ser un profesional de la psicología.

Las dos dimensiones principales en las mujeres son: *vida digna*, relacionado con buena vida y realización profesional y asociada con salud, bienestar, estabilidad, comodidad, progreso y superación personal. Y la dimensión de *autorrealización* relacionada con plenitud y vida interior, asociada con seguridad en sí mismo, utopía, armonía, alegría, felicidad y autoestima. El concepto de calidad de vida pasa necesariamente por el "espacio vital" de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y, en último término, de los valores de los sujetos, y es a través de él como se convierte en bienestar subjetivo (Blanco, 1985; Schwartzmann, 2003).

Por parte de los hombres, las dos dimensiones presentadas son; *salud óptima*, relacionada con la salud física y la salud mental, siendo la salud física más asociada a condiciones físicas y materiales como salud, buena alimentación, trabajo, educación y salud física, en la salud mental con aspectos asociados con bienestar, tranquilidad, satisfacción, felicidad y espiritualidad. Esta última dimensión mencionada por los hombres se relaciona con los diferentes elementos integrantes del concepto de calidad de vida y sobresale el de la salud hasta el punto de que en determinados enfoques no sólo es el valor predominante sino aglutinante (Moreno, 1996). La otra dimensión señalada por los hombres es *mala calidad de vida*, asociada con términos de *enfermedad* como mortalidad, enfermos terminales y adictos.

En el contexto estudiado, predominan patrones de clasificación normativa en los cuales los informantes concibieron términos de participación individuales y de *enfermedad* en torno a las palabras centrales como bienestar y calidad de vida. Mientras otorgaron una menor relevancia a términos de participación social, comunitaria y de prevención o de salud.

Para futuros estudios, será importante identificar si las concepciones que tienen otros estudiantes de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud difieren en el uso de los significados como de la interpretación de las sensaciones y la percepción de los mismos en relación con su futura actividad como un factor condicionante de su propia práctica profesional.

CONCLUSIONES

El concepto de calidad de vida es multidimensional por su origen, por su estructura y por las vías de desarrollo que abre. Es necesario que el estudiante de la carrera de psicología tenga un desarrollo sólido del tema, en toda su complejidad sin dejar las diferentes perspectivas que se complementan mutuamente.

Es imprescindible el desarrollo de una actitud que promueva la prevención y que se haga más sensible a las dimensiones positivas de la salud. Dejar aún de lado el fuerte énfasis que ha dado nuestra sociedad al abordaje de la salud desde un paradigma de la enfermedad (influido por el modelo médico-biológico individual), y por consiguiente ha prestado más atención a la curación que a la idea de prevención. El concepto de calidad de vida tiene una amplitud que engloba la totalidad del comportamiento humano, el énfasis dado a la salud en el estudio de la calidad de vida tiene toda su justificación.

Para el profesional de la salud englobar la calidad de vida y el bienestar subjetivo en el concepto de salud sería erróneo y supondría una ruptura del marco conceptual. Confundir los aspectos físicos y materiales, económicos y sociales con los de salud es una forma de perder capacidad operativa sobre todos ellos, por lo cual es necesario que el estudiante identifique tanto los factores objetivos y los subjetivos del término de calidad de vida.

Los indicadores sociales expresan unos datos y unos hechos vinculados al bienestar social de una población, pero no reflejan necesariamente el grado de satisfacción y felicidad que esa población puede gozar. Los indicadores materiales y objetivos pueden ser elementos necesarios, pero no suficientes para dar cuenta del bienestar subjetivo de los pueblos y de los individuos.

En consecuencia se requiere considerar por parte de las instituciones educativas la visión de género en sus propuestas del proceso enseñanza - aprendizaje, incorporando en las diversas asignaturas, la visión científica de calidad de vida con los aspectos y dimensiones del propio concepto, así como sus implicaciones

teóricas y metodológicas en las diferentes áreas de la salud por el propio profesional, ya que los estudiantes hombres y mujeres manejan concepciones culturales diferentes de calidad de vida.

REFERENCIAS

- Barón, L. (2009). Introducción al estudio del cambio conceptual. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2 (2), 75-83.
- Bernard, H.R. (2006). *Research methods in cultural Anthropology. Qualitative and Quantitative approaches*. Newbury Park: Sage Publications.
- Blanco, A. (1985). La calidad de vida, supuestos psicosociales. En J.F. Morales, J., Blanco, A., Huici, C., & Fernandez, J. *Psicología Social Aplicada* (pp.83-109). Bilbao: DDB.
- Bloom, B.L. (1978). *Social Indicators and health care policy*. Presentado en el Second National Needs Assessment Conference, Louisville, Kentucky.
- Caballero, R. Torres, T. Chong, F. Pineda, A. Altuzar, M., & López, B. (2006) Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México. *Revista Saúde Pública*, 40(1),126-33.
- Campo, L., & Martínez, Y. (2009). Habilidades sociales en estudiantes de psicología de una Universidad privada de la costa Caribe Colombiana. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(1), 39-51.
- Espinosa, H. (1999). Apuntes sobre calidad de vida, desarrollo sostenible y sociedad de consumo: una mirada desde América Latina. *Contribuciones*, 63, 119-148.
- Gallego, O.M. (2008). Descripción de las habilidades sociales en estudiantes de psicología de una institución de educación superior. *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y tecnología*, (1), 61-71.
- Gans, H. (2010). Public Ethnography; Ethnography as Public Sociology. *Qualitative Sociology*, 33, 97-104.
- García-Rodríguez, O., Suárez Vázquez, R., & Ciller Valverde, L. (2009). Perspectiva de género en el inicio de consumo de tabaco: Un punto de partida para la prevención. *Revista Española de Drogodependencias*, 34, 480-502.
- Gómez, E. & Sabeih, E. (2001). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado de: <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- González-Rey, F. (2010). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Universitas Psychologica*, 9 (1), 241- 253.
- Kowalik, S. (2000). Jako ycia psychicznego [Quality of mental life]. In: R Derbis (ed.). *Jako rozwoju a jako ycia [Quality of development and quality of life]*. (pp. 11-31). Czs-tochowa: Wyd. WSP.
- Kuzel, A.J. (1992). Sampling in Qualitative Inquiry. En: B.G. Crabtree y W.L. Miller. *Doing Qualitative Research* (pp. 31-44). Sage Editorial.
- Levasseur, M., Desrosiers J., & Whiteneck, G. (2010). Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: association with quality of life and best correlates. *Quality of Life Research*. 19, 665-675.
- Lozano, A., Torres, T., & Aranda, C. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 6(2), 739-768.
- McGregor, J.A., Camfield, L., & Woodcock, A. (2009). Needs, wants and goals: wellbeing, quality of life and public policy. *Applied Research in Quality of Life*, 4(2), 135-154.
- Moreno, J. (1996). Evaluación de la Calidad de Vida. En G. Buela-Casal, G., Caballo, V., & Sierra, J. *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp.1045-1070), Madrid: Siglo XXI.
- Romney, A., Batchelder, W., & Weller, S. (1987). Recent applications of Consensus Theory. *American Behavioral Scientist*, 31, 163-177.
- Rossi, I. & O'Higgins E. (1981). *Teorías de la Cultura y Métodos Antropológicos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 2, 9-21
- Sturrock, K. & Rocha, J. (2000). A Multidimensional Scaling Stress evaluation table. *Field Methods*, 12, 49-60.
- Testa, M. (2009). The role of personal adjustment ti developmental crises in improving quality of life. *International Journal of Psychology and Counselling*, 10, 187-193.
- Torres, T., Sandoval, M., & Pando, M. (2005). "Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos Saúde Pública*, 21(1), 101-110.
- Trujillo, S. Tovar, C & Lozano M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 89-98.
- Vergara, D., Alonso, P., Palacio, S., & Rojas S. (2009). El desarrollo humano y la calidad de vida integrados en un modelo de gestión Urbana para Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 25, 374-390.
- Weber, M. (2003). La ética protestante y el espíritu del capitalismo. México: Fondo de Cultura Económica.
- Weller, S., & Mann, N., (1997). Assessing rater performance without a gold standard using Consensus Theory. *Medical Decision Making*, 17, 71-9.
- Weller, S.C., & Romney, A., (1988). *Systematic data collection*. Newbury Park (CA): Sage Editorial.
- Whoqol Group. (1993). *Measuring quality of life: The development of the World Health Organization*, Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (1947). *The constitution of the World Health Organization*. Ginebra: WHO.