



Universidad de la Habana
Facultad de Psicología



DETERMINANTES PSICOLÓGICOS DE LA CALIDAD DE VIDA

Tesis presentada en opción al
Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas

Ileana Beatriz Díaz Corral

*Ciudad de la Habana
2008
"Año 50 de la Revolución"*



Universidad de la Habana
Facultad de Psicología



DETERMINANTES PSICOLÓGICOS DE LA CALIDAD DE VIDA

Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas

Autor: MSc. Ileana Beatriz Díaz Corral
Tutor: Prof. Titular. Miguel A. Roca Perara DrC
Asesor: Prof. Titular. Miguel Matute Peña DrC.

Ciudad de la Habana
2008
"Año 50 de la Revolución"

INITIUM

... "Lo que no puede comprar el dinero" ...

El dinero comprará:

Una cama, pero no el sueño

Libros, pero no cerebro

Comida, pero no apetito

Adornos, pero no belleza

Una casa, pero no un hogar

Medicina, pero no salud

Lujo, pero no cultura

Diversión, pero no felicidad

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que a lo largo de mi vida estudiantil, profesional y personal, me inspiraron y estimularon en el esfuerzo por la superación constante y la entrega de lo mejor de mí, al ejercicio de la profesión.

Muy especialmente a los doctores Miguel A. Roca Perara, Miguel Matute Peña y Miriam E. Milán Martín, por tanta dedicación y enseñanzas inolvidables. A los doctores Armando Alonso, Marta Martín, María Elena Solé, Jorge Grau, y Elisa Knapp; por sus oportunas y sabias recomendaciones y señalamientos en pro del perfeccionamiento y la defensa exitosa del trabajo.

A mis compañeros del Departamento de Psicología y a la dirección de la Facultad de Ciencias Sociales por la confianza depositada en mí y en el esfuerzo realizado, sin poner en dudas el cumplimiento de la tarea asignada, gracias por sus contribuciones y apoyo.

Y muy especialmente a *Humberto, que sin su ayuda hubiera sido imposible alcanzar la meta, a Silvia Chang y familia por haberme acogido con tanta hospitalidad y afecto por tanto tiempo, a María mi hermana por su impulso y ayuda para todo el proceso, al Lic. Ramón Maurisset, al Dr. Héctor D. Bayarre y al Lic. Leonardo Borló por sus asesorías estadísticas, a Guille ACPA, a MOVITEL Santiago, a Rosa María, Alexis, Pilar, Jaime, Carlos, Alfredo, Yorkys, Adelita y Made. A todos, mil gracias por su apoyo incondicional en todos los momentos.*

Mi eterno agradecimiento

Ileana

Dedicatoria

*A mi padre, quien a pesar de
su ausencia seguirá
siendo mi mayor y mejor guía; y por saber que
compartiría este momento con gran orgullo y
emoción.*

*A la memoria de mi madre, a quien la prolongada espera impidió darme
el beso y el abrazo anhelado.*

A Humberto, por ser el gran premio de mi vida.

*Para todos los que se esfuerzan en la vida y
confían en sí mismos.*

SÍNTESIS

El presente trabajo expone un conjunto de consideraciones teórico-metodológicas sobre la categoría calidad de vida, de interés científico actual.

Se plasma, además, la propuesta de la autora de un modelo teórico- metodológico para el estudio y la determinación de la dimensión psicológica de la calidad de vida, a través de su evaluación personal.

Se presenta un estudio clínico de 100 sujetos, realizado con apoyo de instrumentos elaborados y adaptados para la investigación tales como, una Escala valorativa de calidad de vida percibida - vivenciada (CVPV), el Test de Completamiento de Frases, el Dembo- Rubinstein, un Registro de Datos y un Listado de categorías sobre Estilos de Afrontamiento, para evaluar sujetos de la población general de un área de atención primaria de salud del municipio Santiago de Cuba, con análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos.

A partir de los resultados del estudio, se describe la *caracterización psicológica de la valoración de calidad de vida personal en cuatro categorías buena, aceptable, pobre y mala, cuyas mayores diferencias se observan entre las valoraciones de buena y mala, así como un predominio de la valoración aceptable de calidad de vida en la muestra estudiada.*

El estudio arroja *factores psicológicos para el diagnóstico de la calidad de vida percibida–vivenciada como son: el tono afectivo general, la satisfacción ante el nivel de logros, la distancia entre aspiraciones y expectativas, los estilos de afrontamiento, la autovaloración y los estados psicopatológicos.*

Se identifican, como *determinantes psicológicos fundamentales de la valoración positiva de la calidad de vida personal, a la autovaloración y los estilos de afrontamiento.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN		1
CAPÍTULO 1	REFERENTES TEÓRICOS ACTUALES Y PROPUESTA TEÓRICA CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LA CATEGORÍA CALIDAD DE VIDA DESDE LA CIENCIA PSICOLÓGICA	
1.1.	Calidad de vida. Su formulación científica	7
1.1.1.	Psicología y calidad de vida	8
1.1.2.	Aspectos conceptuales de la calidad de vida percibida	9
1.2.	Aspectos esenciales a tener en cuenta en el estudio y comprensión de la calidad de vida	11
1.2.1	Evaluación interna y externa	11
1.2.2.	Variabilidad vs. estabilidad de la calidad de vida percibida	14
1.3.	Determinantes personales de calidad de vida percibida	16
1.4.	Dificultades metodológicas en el estudio de la calidad de vida percibida	24
1.5.	Propuesta teórico – conceptual para el estudio de la calidad de vida personal	26
1.5.1.	Fundamentos teóricos generales	26
1.5.2.	Definición de CV percibida – vivenciada (CVPV)	32
CAPÍTULO 2	ASPECTOS METODOLÓGICOS E INSTRUMENTALES DE LA INVESTIGACIÓN	37
2.1.	Formulación de los objetivos y del problema de la investigación	37
2.2	Tipo de Investigación	38
2.3.	Descripción de la población y cálculo de la muestra	40
2.4.	Definición de variables	43
2.5.	Métodos e Instrumentos utilizados	55
2.6.	Procedimiento	63
2.7.	Procesamiento de la información	68
CAPÍTULO 3	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	
3.1.	Resultados generales de la calidad de vida percibida vivenciada en la muestra	70
3.2.	Caracterización psicológica de las categorías de calidad de vida percibida vivenciada	73
3.3.	Determinación y análisis de significación estadística de las variables estudiadas y las categorías de CVPV	85
3.4	Identificación y argumentación de los determinantes psicológicos de mayor relevancia para la percepción y vivencia positiva de la calidad de vida personal	112
CONCLUSIONES		119
RECOMENDACIONES		120
REFERENCIAS		121
BIBLIOGRÁFICAS		
ANEXOS		
1	RESULTADOS Y REGULARIDADES METODOLÓGICAS DE ESTUDIOS PRECEDENTES	
2	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR ATRIBUTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA VALORACIÓN DE CVPV	
3	REGISTRO DE DATOS	
4	COMPLETAMIENTO DE FRASES DE CVPV	
5	ADAPTACIÓN ESCALA AUTOVALORATIVA “DEMBO-RUBINSTEIN” PARA CVPV	
6	ESCALA VALORATIVA PARA LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA VIVENCIADA	
7	ALGUNOS ARGUMENTOS UTILIZADOS PARA EXPLICAR PARADOJAS EN ESTUDIOS DE CALIDAD DE VIDA, VINCULADAS A LOS PROBLEMAS DE SALUD	
8	LISTADO SOBRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO. CATEGORÍAS USADAS EN EL CUESTIONARIO DE A. FONT (1990)	
9	SISTEMA DE CÓDIGOS Y ABREVIATURAS UTILIZADOS EN LA TAREA DE ANÁLISIS Y REDUCCIÓN DE DATOS	
10	BASE DE DATOS	
11	PLANILLA SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO	

....” *la persona, en la medida que es una persona real, es el principal determinante de sí misma. Cada persona es en parte, su propio proyecto y se hace a sí misma”*

Maslow (1972)

(Cit por Gómez, C., 2006).

INTRODUCCIÓN

Investigar sobre la calidad de vida (CV) desde el punto de vista científico constituye un gran reto para cualquier investigador, disciplina y ciencia. Su carácter complejo, de asociaciones no lineales, multideterminado, de competencia pluridisciplinar, que trasciende a un campo de análisis transdisciplinar, ilustra cuán difícil y compleja resulta su investigación científica actual (Suardíaz, 2003; Malagón, 2003; Castro y Reygadas, 2006; Yamamoto, 2007).

Como categoría de investigación científica surge a finales de los años 40 y principios de los 50 del siglo XX, en los Estados Unidos de América. Como objeto de estudio científico es, entonces, muy actual, tanto para las ciencias en general, como para la psicología en particular (González, Grau y Amarillo, 1997; Laucericca, 2003; Suardíaz, 2003).

La conceptualización de la CV desde el punto de vista científico ha transitado por diferentes momentos que van desde su identificación con las condiciones de vida (centrada en los aspectos materiales), luego por la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida (enfoque más subjetivo), más adelante por las condiciones objetivas y satisfacción con ellas (enfoque psicosocial), hasta la valoración de ambas dimensiones, mediadas por los valores personales, según se concibe en modelos ecológicos actuales, recorrido por el que transita, además, dentro de la ciencia psicológica. (Gómez y Sabeh, 2001; Castro y Reygadas, 2006).

Se reconoce en la actualidad, la influencia de los aspectos objetivos y subjetivos en la determinación de la CV, y se afirma que, si se mejoran ambos tipos de factores, la CV será superior tanto en el orden individual como social (Costa y López, 1986; Michalos, 1994; Grau, 1998; García y González, 2000; Palacios y Castro, 2005; Yamamoto, 2007). Existen entonces disciplinas que se dedican al estudio de las condiciones objetivas de la CV centradas en indicadores sociales y objetivos, y otras que analizan las percepciones de estas condiciones, entre las que la psicología tiene sus mayores aportes y retos.

En el ámbito internacional se reportan múltiples autores que se dedican al estudio de la categoría desde la ciencia psicológica: Blanco (1985), Reimel y Muñoz (1990), Barreto (1990), Moreno y Ximénez (1996), López

(1997), Urzúa (2005), Mikulic y Crespi (2007), entre otros. En nuestro país, autores como Grau (1996), González (2002), Hernández (1996), Llantá (1996), Asón (2000), García-Viniegras (2004), y la propia autora (1992- 2007), investigan sobre el tema, pero puede afirmarse que resulta aún insuficiente su estudio, dada la complejidad de la categoría.

Para asumir el estudio de la categoría CV desde la ciencia psicológica, autores como Prior y De la Poza (1988), Grau (1996), Moreno y Ximénez (1996), Pelechano (1999), Yamamoto (2007) declaran diferentes problemáticas que deben enfrentar los investigadores:

1. Limitado marco teórico-conceptual de la categoría en la investigación psicológica
2. Insuficiencia en la definición de un carácter más estable que transitorio y cambiante de la calidad de vida
3. Dificultades metodológicas e instrumentales para ejecutar la evaluación y diagnóstico de la calidad de vida

En el plano teórico-conceptual, se reconocen la ausencia de un concepto de calidad de vida que se asuma por consenso en nuestra ciencia, y se insiste en su diferenciación con otras categorías afines como el bienestar, la felicidad, la satisfacción y la salud, con las cuales se identifica erróneamente (Fruntratt, 1995; Moreno y Ximénez, 1996; López, 1999; Grau 1996; Palacios y Castro, 2005).

Por otro lado, se insiste en la tendencia de estudiar la calidad de vida a través de su evaluación interna (es decir, por el propio individuo), en contraposición a la evaluación "objetiva" o externa (Grau, 1996; Butler, 2003, Mikulic y Arenas, 2004; Palacios y Castro, 2005; Contreras, 2005; Castro y Reygadas, 2006; Mikulic y Crespi, 2007) y se definen dos grandes líneas de investigación (Gómez y Sabeh, 2001):

- 1 La que analiza las distintas facetas de la vida (el ocio, la familia, el trabajo, etc.), con las variables sociodemográficas y su incidencia sobre la calidad de vida (Campbell, 1976, 1981; Rice, 1982; Michalos, 1985, entre otros).
- 2 La que analiza variables psicológicas y psicosociales (sin asociarlas a las sociodemográficas) y su incidencia sobre la calidad de vida (Dupuy, 1977; Kamman, 1979; Costa y McCrae, 1980, etc.).

La relevancia que cobran los aspectos psicológicos en la determinación de la CV en la segunda vertiente de estudio mencionada, a pesar de su menor desarrollo, constituye la justificación de su elección para realizar la investigación. Asumir dicha línea investigativa resalta la valoración personal (vía seleccionada por la autora para estudiar la subjetividad), y que exige declarar la concepción que se toma para estudiarla como proceso y vía de análisis de la de los fenómenos psicológicos, pocas veces declarada por los investigadores que la asumen.

Las insuficiencias mencionadas repercuten además, en la declaración del carácter más estable que transitorio y cambiante de la CV, y en la búsqueda de sus determinantes psicológicos, contribuciones importantes a las que está llamada la ciencia psicológica en el tema.

Al respecto, Grau (1996, 2003) plantea que cada disciplina deberá realizar un trabajo sistemático y profundo a través del cual se logre discernir qué factores aporta cada ciencia, en calidad de ordenadores medulares del concepto, los cuales pueden actuar como rectores en la determinación sistémica de la CV. Es en la dirección señalada, que la investigación que se presenta intenta ofrecer sus contribuciones desde la ciencia psicológica.

Lo referido permite afirmar que existe un insuficiente desarrollo teórico y metodológico de la categoría calidad de vida en la ciencia psicológica contemporánea, como un problema científico actual, que sustenta y justifica la necesidad de la investigación que se acomete, a lo que se añade una demanda práctica, el "mejor vivir" de las personas.

Teniendo en cuenta los referentes expuestos, la autora, a partir del año 1994, comienza a investigar de manera sistemática la dimensión psicológica de la calidad de vida (objeto de estudio de la investigación), evaluada de manera personal y valorada en cuatro categorías (buena, aceptable, pobre o mala), con la finalidad de profundizar en el estudio de los factores psicológicos influyentes, y comprender no sólo cómo vive el individuo, sino qué piensa de cómo vive y cómo se siente viviendo así, aspectos contenidos en la evaluación de la calidad de vida, y que se valoran como ideas conductoras para comprender la categoría desde su determinación psicológica.

Para conducir su investigación elabora un modelo teórico conceptual, cuyos fundamentos teóricos se basan

en la psicología de orientación materialista dialéctica, y que se conoce a través de las siglas CVPV (calidad de vida percibida vivenciada), en el que se ofrece la siguiente definición de trabajo, asumida para la investigación que se realiza:

Calidad de vida percibida vivenciada (CVPV) es la expresión valorativa global de un estado psicológico dinámico y relativamente estable, presente en el individuo, resultado y reflejo de la valoración sobre lo logrado, lo que se aspira y lo que se espera alcanzar, en correspondencia, o no, con los elementos importantes y jerarquizados de esa individualidad, que dan sentido a la vida, permitiendo a la persona el equilibrio con el medio en que vive y se desarrolla (Díaz, 1999).

Como antecedente al estudio que se presenta, se desarrollan un conjunto de investigaciones de campo, cuyo objetivo fundamental radica en la familiarización con la problemática objeto de estudio, y en la verificación de la viabilidad del diseño metodológico e instrumental, así como en la demostración de su validez empírica, a los efectos del estudio actual.

Como resultado de los mencionados análisis teóricos y de la experiencia empírica acumulada sobre el tema desde la perspectiva de estudio declarada, se concibe la existencia de *factores psicológicos personales que participan de manera determinante en los modos de percibir y vivenciar de la calidad de vida con relativa estabilidad*. Para desarrollar esta idea, y poder perfilar mejor el problema de investigación, se formulan de las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el comportamiento de los determinantes psicológicos que participan en la valoración de la CV en diferentes categorías de su evaluación personal (buena, aceptable, pobre y mala) en la muestra estudiada?
- ¿Cuáles de los determinantes psicológicos valorativos estudiados se identifican como los de mayor peso y relevancia para percibir y vivenciar la CV personal?

A partir de las anteriores interrogantes, se formula el siguiente problema de investigación

¿Cuáles serán los determinantes psicológicos de mayor relevancia en la valoración de CV personal en una muestra de la población general de un área de salud del municipio Santiago de Cuba?

Responder la interrogante plantada ayudaría a confirmar las expectativas que guían el pensamiento científico de la autora, quien considera que si se logra identificar los determinantes psicológicos de la valoración de la CV personal, entonces se podrán obtener conocimientos teóricos necesarios para diseñar y aplicar estrategias y acciones de intervención psicológica que resulten más eficientes y eficaces para potenciar y fomentar mejores niveles de CV personal, y con ello, hacer posible que las personas puedan disfrutar con mayor plenitud y placer su existencia.

Para llevar adelante la investigación se traza el siguiente

Objetivo General

- Identificar los determinantes psicológicos de mayor relevancia para percibir y vivenciar de manera positiva la CV personal.

Para dar cumplimiento al objetivo general se trazan las siguientes objetivos específicos:

- Evaluar el comportamiento de los determinantes psicológicos de la valoración personal en diferentes categorías de evaluación de la CV, en una muestra de población general registrada en el área de salud seleccionada.
- Determinar la significación estadística del comportamiento de las variables: determinantes psicológicos de la valoración personal, valoración de los contextos de vida y valoración del estado de salud actual, en la diferenciación de las categorías de la CV personal en la muestra estudiada.
- Distinguir los determinantes psicológicos más relevantes para percibir y vivenciar de manera positiva la CV personal.

Se realiza un diseño de investigación no experimental, con un estudio descriptivo analítico y transversal de 100 personas de la población general de un área de salud del municipio Santiago de Cuba, a los cuales se realiza un estudio clínico apoyado en la utilización de diferentes instrumentos tales como Completamiento de Frases, Escala Autovalorativa Dembo-Rubinstein, Escala Valorativa de Calidad de Vida Percibida-Vivenciada (CVPV), registro de datos, y listado de categorías para estilos de afrontamiento, que conforman un instrumental probado y sometido a criterio de expertos en la etapa preliminar, por lo que se consideran

empíricamente válidas para alcanzar los objetivos propuestos.

Para analizar los resultados se utilizan métodos cualitativos y cuantitativos, y se promueve el empleo de ambas metodologías en la investigación del tema en nuestro medio, aporte que brinda el trabajo desde lo metodológico.

Los principales aportes teóricos y prácticos que brinda la investigación son:

Aportes Teóricos

1. La identificación de los determinantes psicológicos de la valoración de calidad de vida personal
2. La propuesta de un modelo teórico y metodológico que permita estudiar la categoría calidad de vida desde la ciencia psicológica.

Aporte Metodológico

1. Diseño de una estrategia metodológica de procedimientos mixtos de metodología de la investigación, para el estudio de la dimensión psicológica de la calidad de vida en nuestro medio.

Aportes Prácticos

- 1 Descripción práctica de categorías positivas y negativas de la valoración de calidad de vida personal.
- 2 Adaptación y sistematización de un conjunto de técnicas y procedimientos psicológicos para el estudio, evaluación y diagnóstico de la dimensión psicológica de la calidad de vida.

La novedad y originalidad del estudio se centran en la realización, por primera vez en nuestro medio, del diagnóstico y la caracterización psicológica de la valoración de una polémica categoría interdisciplinar, la calidad de vida personal de una población general de un área de atención primaria de salud, lo cual permite comprender, desde la propia subjetividad, regularidades comunes en personas que se ubican en una misma categoría, independientemente de las diferencias objetivas, personales y psicológicas presentes, y llegar a identificar factores psicológicos determinantes en su percepción y vivencia, lo cual, de hecho, constituye un primer nivel de intervención.

El estudio resulta factible al contar con recursos materiales y humanos que pueden hacer posible su replica, no resulta costosa y los resultados esperados tienen impacto en los aspectos teóricos, prácticos y

metodológicos en nuestra ciencia, al aportar conocimientos y herramientas para diagnosticar e intervenir de manera eficaz y eficiente en la percepción y vivencia de la CV personal, y con ello se avala la investigación presentada.

En resumen, la importancia teórico práctica del trabajo realizado radica en aportar a las ciencias psicológicas un conjunto de conocimientos y procedimientos metodológicos de utilidad en la esfera investigativa y asistencial, para el diagnóstico, la interpretación y la intervención eficaz sobre la calidad de vida de las personas.

CAPÍTULO 1 REFERENTES TEÓRICOS ACTUALES Y PROPUESTA TEÓRICA CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LA CATEGORÍA CALIDAD DE VIDA DESDE LA CIENCIA PSICOLÓGICA

".....la gente vive en un ambiente objetivamente definido, pero percibe un ambiente definido de forma subjetiva, y es a este espacio psicológico al que responde" Campbell, Converse y Rodgers, 1976
(Cit. Por López 1999)

Introducción

En el presente capítulo se exponen un conjunto de valoraciones y argumentos teóricos que en la actualidad constituyen pautas de análisis y reflexión de los investigadores del tema calidad de vida (CV) y se analiza el tratamiento de la categoría en la ciencia psicológica, con énfasis en aquellos elementos que contribuyen a explicar el estado actual y las perspectivas a desarrollar para investigar en la temática.

Asimismo, se justifica el interés de estudiar la CV desde una evaluación interna (por el propio sujeto), tendencia muy extendida en las investigaciones sociales actuales, la cual se asume por promover el estudio de la categoría de CV a través de los procesos valorativos como una de las vías de estudio de la subjetividad.

Se concentran en el capítulo los núcleos teóricos fundamentales del trabajo, como la dimensión psicológica de la CV y los determinantes psicológicos, estos últimos como el eje de la interrogante a desarrollar. Se expone, además, el sustento teórico – conceptual de la autora de la investigación, que facilita la comprensión y análisis de los restantes capítulos.

En resumen, el capítulo fundamenta y explica la actualidad, necesidad e importancia del presente estudio, de forma que lo expuesto sirva de referente bibliográfico y soporte conceptual de nuevas investigaciones.

1.1. Calidad de vida. Su formulación científica

Uno de los más nobles y trascendentales propósitos del hombre desde épocas muy remotas es lograr una vida con calidad (González, Grau y Amarillo, 1997; García-Viniegras, 2004; Rojas, 2004; Castro y Reygadas, 2006). Sin embargo, la CV como categoría de pesquisa científica es de reciente aparición, y su formulación conceptual muestra una trayectoria compleja.

El concepto de una vida con calidad se ha ido tornando cada vez más complejo y polémico, y en él se resalta la visión política, cultural, clasista, multideterminada y de análisis pluridisciplinar que dicho concepto encierra.

Se reconoce actualmente por la mayoría de los investigadores, la importancia de los factores objetivos y

subjetivos para la CV individual y social, pero es frecuente observar la no-coincidencia de los resultados en las investigaciones al usar uno u otro indicador (Costa y López, 1986; García y Soriano, 1990; Michalos, 1999; Furntratt, 1995; Grau, 1996; García y González, 2000; Butler, 2003; Mikulic y Arenas, 2004; Yamamoto, 2007). La CV se estudia desde una dimensión social o desde una dimensión personal. La primera, no constituye nuestro espacio de reflexión, por lo que no se profundiza en su análisis, pero se comparte el criterio de que es una dimensión insoslayable en el tema (Santos, 1992; Blanco y Chacón, 1985; Casas, 1999; García-Viniegras, 2004; Palacios y Castro, 2005; Lamas, 2007)

La dimensión personal y, específicamente, la psicológica, es el espacio de reflexión y objeto de la presente investigación, por lo que, a partir de este momento, se dirige la mirada en ella. Para iniciar su análisis, se valoran algunas cuestiones históricas relacionadas con el tratamiento de esta categoría y su definición conceptual desde la ciencia psicológica.

1.1.1. Psicología y calidad de vida

Al indagar sobre el interés del tema en la psicología, los datos también se muestran imprecisos. Así, por ejemplo, se refiere en la literatura que el tema llega a nuestra ciencia diez años más tarde que a las ciencias médicas, al publicarse como cabecera en el PSYCHOLOGICAL ABSTRACTS en (1985), apareciendo desde 1975 en el MEDILINE y dos años después (1978), en el Index MEDICUX (Pelechado, 1999). Sin embargo, otra fuente bibliográfica menos actualizada (Álvaro, 1994), registra que, desde 1974, el psicólogo canadiense Alex Michalos funda una revista académica titulada SOCIAL INDICATORS RESEARCH, que se dedica a divulgar las investigaciones sobre la calidad de vida percibida (CVP).

El auge de las investigaciones psicológicas en el tema ocurre en la década de los 80, vinculado a los problemas médicos y, desde entonces, se convierte en uno de sus grandes retos (Barreto y Pascual, 1991; Grau, 1996; Suardíaz, 2003; Sánchez, González y Alerm, 2005, Lamas, 2007). En 1991, aparece la revista titulada QUALITY OF LIFE RESEARCH, que publica investigaciones realizadas por ambas ciencias (Álvaro, 1994; Grau, 1996).

Por otro lado, Moreno y Ximénez (1996) registran que hace apenas catorce años, en Bruselas (3 y 4 de

febrero de 1994), se celebró la primera reunión internacional sobre CV en Salud, en la que participaron numerosos psicólogos. Y es en 1995 que González-Marín publica por primera vez dos volúmenes compilados sobre la Octava Reunión Anual de la European Health Psychology, celebrada ese año, cuyo tema central fue la CV en el mundo de la salud (Pelechano, 1999). Estos datos corroboran la actualidad del tema en nuestra ciencia.

Otros autores (Prior y De la Poza, 1988; Grau, 1998; López, 1999; Urzúa, Jarne, Però, Knapp, Zúñiga, Díaz, 2004; Contreras, 2005), resaltan la ausencia de un marco teórico sólido para emprender la investigación psicológica en el tema, razón por la cual Pelechano (1992), al valorar el estado de su desarrollo científico, lo cataloga como insatisfactorio, insuficiencia que se muestra más aguda en la psicología de orientación materialista dialéctica. Esto tiene su reflejo en las elaboraciones conceptuales de la categoría, resaltándose la ausencia de un concepto de CV que se asuma por consenso en nuestra ciencia, y la necesidad de diferenciarla de otras categorías afines, como son el bienestar, la felicidad, la satisfacción y la salud, términos con los cuales se identifica erróneamente (Fruntratt, 1995; Moreno y Ximénez, 1996; Butller, 2003; Contreras, 2005; Díaz, 1994). Se comparte el rechazo de tal identificación, de acuerdo con el siguiente planteamiento de López (1997), de que "... calidad de vida es un concepto más amplio que el de bienestar subjetivo, al considerar igualmente en ella, la dimensión objetiva del bienestar". (p.19).

Moreno y Ximénez (1996) citan a Calman, quien después de revisar más de 200 trabajos donde aparecían conceptos ofrecidos desde nuestra ciencia, concluyó que la utilización del mismo iba a la par de su indefinición. Blanco y Chacón (1988), Grau (1996, 1998) y Casas (1999), coinciden al respecto.

Con el propósito de ganar comprensión en nuestro objeto de estudio, se exponen a continuación algunos conceptos ofrecidos por diferentes autores en investigaciones empíricas de CV. Es necesario resaltar que los conceptos que se analizan contemplan la doble naturaleza de la CV y su estudio desde una evaluación interna, es decir, por el sujeto y, por tanto, son cercanos a la concepción aceptada por la autora y al tipo de estudio por ella realizado, por lo que las formulaciones que se analizan son utilizadas como referente preeliminar para elaborar el concepto propuesto por la autora.

1.1.2. Aspectos conceptuales de la Calidad de Vida

Se plasma, en primer lugar el concepto ofrecido por el Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan (Santos, 1992), centro líder en investigaciones empíricas sobre CV, donde se define como:

Un concepto subjetivo que debe reflejar la evaluación de la vida de una persona, de una situación, o de las partes de esa situación. La calidad de vida es una cosa muy personal, y los componentes que determinan la percepción de ella en una persona difieren de aquellas que determinaron la percepción de otro, al menos en la producción de sus componentes. (p.59).

Reimel (1992) expone el concepto de un representante de los modelos ecológicos, muy en boga, Urie Bronfenbrenner, (1989), quien declara que *“la calidad de vida es una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de sus ambientes de vida, y, por tanto, dependerá de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno”*. (p. 25)

De estos conceptos, se acepta la importancia de la valoración subjetiva, sin descalificar la participación de lo objetivo, así como su expresión individualizada en cada persona, al verse como una propiedad personal.

Por su parte, Reimel (1992) y Muñoz, ofrecen la siguiente definición, *“la calidad de vida percibida es una actitud de satisfacción que se manifiesta a través de las opiniones evaluativas del individuo, y estas opiniones reflejan un conjunto de creencias afectivas dirigidas hacia la totalidad de la vida o aspectos específicos de ella”*. (p.1102).

De estos autores se valora la concepción holística, expresada en opiniones evaluativas, así como la participación de los aspectos afectivos.

Los conceptos expuestos otorgan al componente subjetivo un gran valor, promueven su estudio a través de una evaluación interna (personal), y ofrecen definiciones de CV que no se enmarcan en una población específica y, por tanto, resultan útiles para estudiar población tanto enferma como sana.

Por su parte, Grau (1996) considera que:

La calidad de vida es un fenómeno que tiene una fuerte carga psicológica y es un concepto fundamentalmente valorativo, en el cual las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, expectativas, referencias vividas y conocidas, necesidades y valores de las personas, sus actitudes; y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. (p.10)

Se comparte de este concepto lo que este resalta acerca de la significación del componente psicológico y valorativo de la CV. Desde una posición materialista dialéctica, constituye un referente importante para la definición de calidad de vida percibida vivenciada (CVPV) que aporta la presente investigación, en la que se enriquece la propuesta conceptual, como se verá más adelante.

Se constata nuevamente, en el uso de diferentes acepciones por los autores citados (actitud, propiedad, proceso), la falta de consenso y precisión para definir la categoría CV, reflejo de su incipiente desarrollo teórico.

Sería interminable el número de conceptos sobre la categoría CV utilizados en investigaciones psicológicas. Los plasmados resultan suficientes para poder apreciar la dificultad conceptual existente que motivó inicialmente a la autora para elaborar un concepto que guiara sus investigaciones, el que se expone más adelante.

Cuando se analiza, finalmente, el concepto ofrecido por García e Ibáñez (1992), quienes definen la CV como:

Una dimensión subjetiva, en tanto en cuanto es el individuo mismo quien puede estimar su propia vida en un momento determinado, es cambiante a lo largo de la vida, presenta la imposibilidad de la evaluación directa al igual que cualquier dimensión psicológica y la dificultad de evaluación objetiva, aún utilizando técnicas como inventarios y cuestionarios u otras técnicas psicométricas. (p. 85)

Se puede apreciar el carácter dinámico que atribuyen a la CV y la complejidad de su evaluación, como cualquier componente subjetivo. Ello tiene gran incidencia en los aspectos metodológicos e instrumentales que se declaran como uno de los problemas por resolver en el tema, y que posteriormente se analizan en el capítulo. Otros aspectos de sumo interés para la construcción teórica de la categoría como son su evaluación externa v/s interna y su carácter transitorio o estable se analizan a continuación.

1.2. Aspectos esenciales para el estudio y comprensión de la calidad de vida percibida

1.2.1. Evaluación interna y externa de la CV

*“Si queremos saber algo acerca de una persona, lo mejor que podría hacerse era preguntárselo”
G. Allport (González y otros, 1982, p. 94)*

La evaluación externa (objetiva) e interna (personal) de la CV, constituye una de las cuestiones claves en los

estudios actuales del tema y que con más frecuencia aparece reflejada en distintas definiciones. En la actualidad se insiste en la importancia de privilegiar la evaluación interna de la CV, al ser esta última una de las cuestiones de mayor interés en los estudios contemporáneos de CVP.

Como argumento diferentes autores, entre ellos Butler (2003), Castro y Reygadas (2006), expresan que las definiciones o medidas sencillas y simples de la CV no existen, pues la subjetividad y sus matices son esenciales en su determinación. Valoración que se expresa por un número importante de autores e instituciones, por ejemplo, Barreto y Pascual (1991), Rodríguez, Pastor y López-Roig, (1993), Grau (1996), el Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan en EEUU, el Centro Nacional de Estadística de Salud en EEUU, entre otros.

El poco poder explicativo que tiene la evaluación realizada por observadores externos ("objetivos"), demostrado en diferentes investigaciones (Najman y Levine; Fayos y Beland; De Haes y Van Knippenberg, citados por Llantá y Grau, 1996; Novella, Jochus, Jolly y Morrone, 2001; Skinner, 2002; Úrdua y otros, 2005; Contreras, 2005; Lamas, 2007; Yamamoto, 2007, etc.), *refuerza la importancia de que sea la propia persona quien evalúe su CV (evaluación interna).*

Resulta difícil, entonces, definir desde fuera, al margen de la valoración propia, lo bueno o beneficioso para el sujeto y, por ello, la tendencia actual en los estudios de CV es la de que se analice a través de la evaluación personal o interna (Reimel, 1992; González- Marín, 1994; Díaz, 1994; Grau, 1998, 2003; Butler, 2003; Palacios y Castro, 2005; Mikulic y Muiños, 2005; Castro y Reygadas, 2006; Lamas, 2007; Mikulic y Crespi, 2007; Yamamoto, y Feijoo, 2005; Yamamoto, 2006, 2007; etc.), sin ignorar los riesgos que desde siempre se le han asociado a la introspección pero sin dejar de reconocer lo importante de la unicidad e irrepetibilidad de la persona.

Esta problemática no escapa al conocido descubrimiento del llamado "dilema de la no-concordancia", que se declaró hace algunos años en el estudio de las actitudes (Pérez Lovelle, 1987). En el caso particular del tema, se expresa en la no-correspondencia entre la valoración que ofrecen los individuos y las que emiten los cuidadores de salud, familiares, personal médico etc., ampliamente referidos (Jachuk 1982, cit. por Grau,

1998; Yáñez, 2003, Urzúa y otros, 2005; Palacios y Castro, 2005; etc.). Al respecto, se declara que las tasas de concordancia entre las valoraciones internas y externas son de moderadas a bajas (Novella y otros, 2001). La afirmación de investigadores como Pérez Lovelle (1987), que plantean que las personas en ocasiones deciden comportarse no como lo indican sus formaciones psicológicas, sino como dictan las conveniencias de las circunstancias reales, puede ser -- y es, de hecho --, una respuesta a todo intento de determinación rígida de la conducta y sus valoraciones. La indudable ventaja que tiene el ser humano de poder atisbar directamente algunos aspectos de su propia vida psíquica, puede adelantar hipótesis sobre mecanismos de regulación psíquica, que posteriormente pueden ser comprobados con otros métodos de investigación. Se asume, entonces, el valor del estudio de la subjetividad que, en opinión del autor, es un antídoto eficaz para evitar la simplificación del conocimiento de la psiquis humana y reafirma el valor de la subjetividad y de las evaluaciones personales.

El poco poder explicativo de los análisis de las condiciones objetivas en la CVP, resalta la importancia de considerar los factores subjetivos, y se investiga bajo el supuesto de que el individuo valora su CV según su experiencia privada, la percepción que tiene de la realidad y la satisfacción que experimenta en ella (García, 1986; Barreto y Pascual, 1991; Grau, 1998; García-Viniegras, 2004; Palacios y Castro, 2005; Castro y Reygadas, 2006, Yamamoto, 2006, 2007; etc.).

El papel de los factores psicológicos que condicionan el grado de satisfacción y bienestar es determinante para el proceso de evaluación. Discernir de qué depende esta evaluación resulta clave para mejorar realmente la CV de las personas (Batista - Foguet, Blanch y Artés, 1994; Contreras, 2005; Palacios y Castro, 2005).

Cada sujeto debe ser la persona más capaz de sopesar satisfacciones e insatisfacciones con su propia vida y valorar su calidad (De Haes y Van Knippenberg, 1989; Gill y Feinstein, 1994; Winefeld, 1995, cit. por Grau, 1998; Contreras, 2005; Palacios y Castro, 2005; etc.). Se acomete, por ello, el estudio desde la evaluación interna, y esta se encuentra estrechamente ligada a la autovaloración, formación psicológica compleja a la que se han dedicado multiplicidad de estudios (Savonko, 1981; González, 1982, 1994; González y Valdés, 1997; González, 2001; Fernández, 2002, Pérez Lovelle, 2003, Williams y Díaz, 2006; Díaz, 2004^a, 2007, 2008,

2008^a, 2008^b) desde una perspectiva materialista dialéctica e histórica, por lo que se considera plausible su estudio, y a la que más adelante, se dedican algunas reflexiones. A continuación se analiza otra cuestión de gran actualidad y trascendencia dentro del tema: la estabilidad o transitoriedad en la percepción de CV.

1.2.2 Variabilidad vs. estabilidad de la calidad de vida percibida

“Una de las primeras cuestiones que es necesario resolver antes de plantearse la evaluación de la calidad de vida percibida es si esta se debe a factores transitorios o alguna disposición personal. En el primer caso, sería inviable conseguir evaluar de forma fiable el constructo, por lo que sería inútil plantear un estudio científico del mismo. Pero si consideramos que la calidad de vida percibida supone la existencia de cierta disposición personal, ello implicaría una mayor estabilidad, y, por tanto, justificaría el interés por su medición” (Batista, Blanch y Artés, 1994, p.340).

El problema de la variabilidad vs. estabilidad de la CVP, constituye unas de las cuestiones claves y más importantes a resolver, es decir, determinar si la CVP se debe a factores transitorios o a alguna disposición personal. Las referencias teóricas al respecto resultan escasas, por lo que constituye una demanda actual el desarrollo de modelos teóricos que fundamenten la adherencia a una u otra posición (Batista y otros, 1994; Grau, 1996; López, 1999).

Las opiniones encontradas se muestran divergentes (Michalos, 1994; Grau, 1996; Fayers, 1997; Erez, Johnson y Judge, 1999; Kozma y Stone, 1999). Así, por ejemplo, Michalos (1994) reporta un grupo de investigadores (Bower 1981; Perry, Anghish, Schwarz y Clare, 1983; Schwarz, 1986), que defienden el criterio de la variabilidad, basan sus argumentos en los cambios de estados de ánimo por los acontecimientos vitales, por pérdidas, problemas de salud, cambios en la intensidad de los afectos, y no prestan mucha atención a cuestiones de frecuencia o permanencia.

En contraposición a dichos planteamientos, se afirma que es un hecho comprobado que personas enfermas pueden mantener una valoración positiva de la CV, a pesar de los cambios producidos por la enfermedad (García y Soriano, 1990; Barreto y Pascual, 1991; García e Ibáñez, 1992; Batista y otros, 1994; Michalos, 1994; Díaz, Vázquez y Díaz, 1994; Lara, Ponce de León y De La Fuente, 1996; Fernández - Ríos y García, 1999; Butler, 2003; Lopategui, 2003; Rojas, 2004).

Argumentos basados en teorías cognitivas y conductuales sobre la adaptación y las comparaciones sociales (Taylor y Aspinwall, 1983; Taylor, Lichtman y Wood, 1984; Helson y Bevan, 1967; Calman, 1984; Ferrero, 1993), explican los resultados de investigaciones en el campo de la salud, y avalan los criterios de relativa

estabilidad y que se recogen en el anexo siete del trabajo.

Por otra parte, se observan con bastante frecuencia posturas y valoraciones positivas hacia la vida en personas que transitan por períodos críticos de la existencia, por ejemplo, la ocurrencia de pérdidas, discapacidad, dificultades económicas, etc. Por el contrario, se observan posturas y valoraciones negativas en momentos de relativa bonanza, estabilidad económica y de salud (Fruntratt, 1995; Avía y Vázquez, 1998; Lopategui, 2003; Butler, 2003; García-Viniegras, 2004; Sivak, 2007; Yamamoto, 2007). Estos datos exponen la participación determinante de factores intrínsecos de personalidad en la CVP, y estos muestran un comportamiento más estable que cambiante, resaltando el rol de las diferencias individuales en la investigación en el mundo real.

Lo anterior invita a compartir el criterio de Batista y otros (1994), Kozma y Stone (1999) y Jocik (1999), de que la percepción de CV puede mantener una relativa estabilidad frente a cambios, al depender más de factores internos que temporales o externos.

En esta dirección, Michalos (1994) cita otros investigadores que se afilian al criterio de estabilidad, entre ellos (Costa y MaCrae, 1980; Waltz, Bandura, 1982; Stauw, Bul y Clausse, 1986; Veenhaver, Headey y Wearing; Waltz 1986; Diener, 1985). Para defender y sustentar sus postulados, estos autores se apoyan en aspectos relacionados con el trasfondo sociocultural, los rasgos de personalidad, las redes sociales, las predisposiciones afectivas y otros aspectos, que tienden a mantener cierta permanencia, o presentar cambios poco sustantivos que condicionan cierta estabilidad perceptual y vivencial (Michalos, 1994; Díaz, 1994; Jocik, 1999; Diener, Sándwich y Diener, 1999).

Batista y otros (1994) exponen con firmeza que si la CVP dependiera de factores transitorios, el constructo no podría evaluarse de forma fiable y resultaría inútil su estudio científico. Se afianza en los investigadores el criterio de la existencia de cierta disposición personal que implicaría una mayor estabilidad (Avía y Vázquez, 1998; Lopategui, 2003; Yamamoto, 2007). Ello justificaría el interés por su evaluación, a lo que se suma la autora.

La CVP es resultante de la intersección de factores objetivos (transitorios o permanentes), con subjetivos y

personales (de mayor estabilidad), y no es susceptible de evaluación a partir de sólo uno de estos dos polos; pero autores como Grau (1998) abogan por el papel de los factores personales como condicionantes del grado de adaptación y de CVP y determinantes en el proceso de evaluación de la realidad y las condiciones de vida. Se afianza la convicción acerca del papel de los aspectos personales y, con ello, la tendencia a la estabilidad más que a la transitoriedad.

Las condiciones externas se refractan a través de las condiciones internas, y el reflejo de esa realidad no es lineal. Por tanto, habría que investigar hasta dónde los cambios externos pueden incidir en la alteración de las esencias y provocar un salto cualitativo que influya o se perciba en el individuo, en detrimento o incremento de su calidad existencial. Estos postulados de la psicología de orientación materialista dialéctica refuerzan la importancia de lo expresado y serán tratados en el modelo propuesto por la autora, más adelante en el capítulo.

Resulta interesante, a los efectos del análisis que se realiza, comentar lo expresado por Grau (1996) acerca de que la naturaleza integradora del concepto CV no significa necesariamente yuxtaposición o aditividad (carácter lineal) de sus elementos-componentes, los cuales, en cambio, se integran en un algoritmo específico que depende de circunstancias históricas, idiosincráticas e individuales de los grupos o personas cuya CV debe ser estudiada.

Encontrar ordenadores medulares de la CVP como proceso, y no sólo como constructo configuracional, según Grau (1996), puede contribuir, en opinión de la autora, a la explicación de la estabilidad en la percepción de la CV, lo que demanda el esfuerzo mancomunado de diferentes investigadores y enfoques. En relación con ello, el limitado marco teórico conceptual del tema de CV en nuestra ciencia cobra aún mayor realce en relación con la estabilidad, lo que se tiene en cuenta al desarrollar la propuesta teórica de la autora, quien pretende identificar, asimismo, determinantes psicológicos que puedan propiciar la estabilidad de la percepción y vivencia de la CV. A los determinantes de la CVP se dedican las próximas reflexiones.

1.3. Determinantes personales de la calidad de vida percibida

Para comprender la propuesta de búsqueda de determinantes propiamente psicológicos resulta importante

esclarecer algunos puntos de vista. Lo primero es plantear que la CV es un fenómeno social y, como tal, puede ser estudiado en diferentes niveles de manifestación.

Al respecto se declara que, independientemente de las interrelaciones y dependencias entre lo social y lo personal en los fenómenos sociales (válido para la CV), los aspectos que determinan a escala social el fenómeno no tienen que ser, necesariamente, sus determinantes a escala personal, a pesar de que en este último nivel participen de una u otra forma los primeros (Pérez Lovelle, 1989). Este autor utiliza el enfoque de valoración a diferentes niveles de análisis en problemáticas sociales, para definir la determinación social de la salud y sus tres niveles de expresión (social, grupal y personal). Su modelo sirve de guía metodológica para plantear la alternativa de investigación formulada y para preguntarse, a escala individual, cuáles son los determinantes psicológicos de la CV, como nivel más concreto y específico de su determinación personal.

Para Moreno y Ximénez (1996), los determinantes psicológicos de la CV constituyen una demanda de investigación científica, y expresan

La Psicología deberá centrarse en delimitar sus dominios, establecer sus determinantes, elaborar técnicas para su evaluación y determinar los programas de intervención en orden al logro de obtener un mejor nivel de calidad de vida para el individuo y la sociedad (p.1045).

Para conducir su búsqueda, se parte de algunos referentes encontrados en la bibliografía consultada. Al respecto se citan variables que constituyen determinantes personales de la CVP. Ellas son, según García y Soriano (1990):

2. *Variable psicológica: evaluada a través de la estructura de salud mental propuesta por Ware (1983), en la que se incluye a la ansiedad, la depresión, el control emocional y los lazos emocionales.*
3. *Variable psicosocial: incluye los diferentes contextos en que vive el hombre: familiar, social, laboral, cultural y económico. Variables que han sido estudiadas independientemente una de las otras, teniendo como nexo común la enfermedad crónica por la repercusión de ésta en cada uno de ellos (G. Devins y M. Orne, 1987)*
4. *Variable salud física: se destacan en ésta las consideraciones y la escala diseñada para su estudio por Karnosfky (1947)*
5. *Variable sexualidad, estudiada por G. Bos. (1987)*
6. *Variable o dimensión religiosa: es la menos estudiada, junto a la cultural*

Se afirma que la participación de estas variables no puede ser entendida como causa–efecto, porque actúan de manera sistémica, y no lineal (García y Soriano, 1990; Díaz, 2005). Se parte de estos referentes para determinar las variables que se analizan en el estudio y se decide estudiar la variable *determinantes psicológicos de los procesos valorativos*, la variable *valoración de los contextos de vida* y la variable *valoración del estado de salud actual*, todas participantes de la determinación personal de CV, y definidas en el segundo capítulo. No se seleccionan las variables religiosa y cultural, por estar declaradas como poco estudiadas y en consecuencia las referencias serían excesivamente escasas, con lo que el estudio quedaría a un nivel exploratorio. Se desecha, asimismo, la variable sexual por ser un tema de mayor intimidad. Ambas variables, deberán ser consideradas en estudios posteriores, dado su indiscutible incidencia en la CV de las personas. A continuación, se exponen algunas reflexiones sobre la selección de las variables de estudio.

Los análisis de la variable *salud*, realizados por numerosos investigadores (Cagigal y Velasco, 1995; Wyatt y Friedman, 1996; Fernández-Ríos y García, 1999; Ruef y Turnbull, 2001; Mitchell, y Boodley, 2001; Hernández, 2002; Cardozo, 2003; Lopategui, 2003; Loos, Briançon, Frimac y otros, 2003; Blanco, Álvarez, Lorente, y otros, 2004; Campi, Benavent, Olona, y otros, 2004, etc.), por ser considerada un importante indicador social y personal de la CV, muestran resultados que despiertan polémicas e invitan a un replanteamiento de su análisis, sin que se menosprecie el valor que tiene la salud para la CV.

Diferentes investigaciones constatan que tanto personas enfermas como sanas pueden valorar de manera positiva o negativa su CV; asimismo, se reportan algunas investigaciones comparativas donde las personas enfermas valoran de manera más positiva su CV que personas sanas (García y Soriano, 1990; Barreto y Pascual, 1991; García e Ibáñez, 1992; Díaz, y otros, 1994; Lara y otros, 1996; Fernández - Ríos y García, 1999; Butler, 2003). Lo anterior sugiere que tener salud no conduce obligatoriamente a valorar de manera positiva la CV, como estar enfermo no implica ineludiblemente una valoración negativa.

Butler (2003) afirma que “la CV es una cuestión válida, que atañe tanto a personas sanas como enfermas, dentro de la cual la salud, al igual que los ingresos económicos, son constituyentes importantes, pero ninguno la identifica o define” (p.7). Teniendo en cuenta dichos resultados, en el estudio no se formula el objetivo de

realizar comparaciones entre sanos y enfermos.

En relación con la variable valoración de los *contextos de vida*, se reporta por investigadores (Reimel, 1992; Álvaro, 1994; Michalos, 1994; Jocik, 1999; etc.), que aquellos constituyen los espacios en que se desarrolla y concretiza la vida de las personas y, por ello, resultan importantes al valorarse la CV personal. Se destaca que los contextos donde las personas tienen un papel protagónico y resultan de mayor significación, tienen mayor repercusión y pueden incidir de manera más directa para hacer más positiva o no la valoración de la CV, dependiendo de la percepción que de ellos se tenga

Se declara, además (con Reimel y Jiménez, 2003; Michalos, 1994), que los contextos públicos se reportan con menor importancia que los privados para la CVP; en contraste, se destacan los contextos personales y familiares como los de mayor importancia para el individuo.

Acerca de los factores psicológicos que participan en la determinación de la CV, y que van a ser estudiados bajo la denominación de variable determinantes psicológicos de los procesos valorativos, existen referencias dispersas en la literatura consultada. Para ilustrar factores psicológicos que se analizan en investigaciones de CV, se analiza la presencia de estados psicopatológicos, el control emocional y los lazos emocionales, como factores que afectan o favorecen la valoración de la CV. (García y Soriano, 1990; Amigo, 1998; Pelechado, 1999; Roca y Pérez, 1999; Blanco, Pérez., Álvarez., García y otros, 2004; Bravo, 2004; Campi, Benavent, Olona, y Berga, 2004; Urzúa y otros, 2005; Sierra, Livianos y Rojo, 2006; Rodríguez, Dolengevich., Candia., Navio. y Pérez, 2006). Ellos son retomados en el estudio como variables para su análisis.

Así, por ejemplo, diferentes autores [Kamman (1979), Caplan (1983), Pearlen (1981), citados por Álvarez y Díaz, en 1996; Dupuy (1977), Lehman (1983); Abbey y Andrews (1985), citados por Matos, Vázquez y Díaz en 1997; Suh y otros (2002), Samir y otros. (2002); Vásquez, Valderrábano y otros (2003), Guzmán y Nicasio (2003), Symister y Friend (2003), citados por Reyes en 2004], plantean que los estados psicopatológicos como depresión, ansiedad, neuroticismo, distrés, etc., inciden de manera negativa sobre la valoración del bienestar subjetivo y la CVP. Dicho resultado fue constatado en la etapa precedente al estudio que se presenta (Álvarez y Díaz, 1996; Román, González y Díaz, 1997; Román, González y Díaz, 1999).

Otros investigadores (Latour y Peat, 1983; Michalos, 1985; Reimel y Muñoz, 1991; Andrews y Robinson, 1991, citados en López, 1997; Lazarus y Folkman, 1986; Font 1990,1990ª; Urzúa y otros, 2005), estudian el papel de las expectativas, las aspiraciones, los logros, el afrontamiento, y su incidencia sobre la CVP, las que también se incluyen como variables a analizar en este trabajo.

Al respecto, Reimel (1991) plantea que la CVP consiste en medir la relación existente entre lo actual, lo aspirado y lo esperado. Por su parte, López (1999) expone que las aspiraciones son normalmente superiores a los logros, pero en la medida en que las diferencias entre ellas sean menores, la CVP es mayor.

Ya en 1985, Michalos había desarrollado su teoría sobre "las discrepancias múltiples" para evaluar la CVP, en la que plantea que la evaluación que se realiza sobre un objeto es el resultado de la combinación mental de la información sobre las discrepancias existentes entre lo que se percibe, lo que se tiene y lo que se quiere; y este espacio se determina por lo que otros tienen, lo mejor que se ha tenido en el pasado, lo que se espera tener ahora, lo que se espera tener en el futuro, lo que se "merece" y lo que se cree que se necesita. En dicha teoría se contemplan los logros, las aspiraciones, la estimación de expectativas mediatas o de mayor alcance, todo lo cual confirma la idea precedente de considerar la autovaloración como un factor psicológico que puede jugar un papel importante en las evaluaciones personales, y refuerza la propuesta de analizarse.

La autovaloración se define por Savonco (1981) como un *componente indispensable de la autoconciencia, es decir, de la conciencia que el hombre tiene de sí de mismo, de las fuerzas y capacidades mentales propias, de las acciones, motivos y objetivos de su comportamiento, de su actitud ante lo que lo rodea, hacia las personas y hacia sí mismo* (cit., en Pereira, N'guyen y Díaz, 2002). Incluye la facultad de examinarse con espíritu crítico y, por tanto, permite al hombre "medir" fuerzas de acuerdo con las exigencias del medio ambiente y, en consonancia con ello, plantearse determinados objetivos y misiones. Una vez desarrollada, constituye un importante regulador del comportamiento y las emociones, así como un factor importante para el desarrollo armónico de la personalidad.

Como sistema regulador constante de la actividad del hombre, y *eje central* de todo proceso de autorregulación, a la autovaloración se le atribuyen tres funciones: valorativa, autorreguladora y defensiva. Su

función valorativa, refuerza el valor de su estudio, al constituir la valoración la vía escogida para analizar el objeto de la investigación.

La autovaloración puede ser adecuada e inadecuada, y tener distintos niveles de estabilidad y madurez (con diferentes tipos de relación entre sí). Estos aspectos pueden facilitar o entorpecer, en el sujeto, la atención a su mundo interno, y lograr un mejor conocimiento y valoración de sí mismo, y su CV.

La tendencia orientadora de la personalidad se encuentran íntimamente relacionada con la autovaloración, aspecto de sumo interés, ya que las evaluaciones personales sobre objetos y fenómenos de la realidad, como por ejemplo la CV, estarán mediadas por esos motivos y necesidades fundamentales, que dan coherencia, continuidad y cierta estabilidad a la vida de las personas, y a los modos de percibir y valorar la existencia. Esta premisa constituye un fundamento para concebir una relativa estabilidad en la valoración de la CV personal, según concibe el modelo que se presenta.

Diferentes conceptos que se relacionan de una u otra forma con la autovaloración, son analizados en investigaciones empíricas de CV (autoestima, autoconcepto, autoeficacia, self, entre otros), los que aparecen en la literatura consultada, como factores que pueden incidir en la CV subjetivamente valorada (Antonovsky, 1991, cit. en Sánchez y Sánchez, 1994; Gómez, 2006). Así, por ejemplo, Lazarus y Folkman (1986) plantean que la autoestima desempeña un papel importante en la evaluación cognitiva primaria, activada ante una situación estresante, donde un aumento del nivel de estrés debido a la percepción de amenaza a la autoestima podría provocar un cambio en los estilos de afrontamiento de los sujetos e incidir positiva o negativamente en su bienestar personal y la estimación de su CV, al amortiguar o incentivar la percepción de amenaza a su autoestima.

Otros autores como Sánchez y Sánchez (1994) citan a varios investigadores (Andrews y Withey, 1976; Campbell, 1981; Larsen, Diener y Emmons, 1985), quienes plantean que el autoconcepto puede jugar un papel importante en la sensación subjetiva de la CV, si se tiene en cuenta que algunos estudios han demostrado la relación existente entre satisfacción con uno mismo y nivel de satisfacción global con la vida.

La ya reconocida función reguladora de la autovaloración y su interrelación con otros factores psicológicos que

inciden positiva o negativamente en la CVP, apuntan a la necesidad de considerarla como un aspecto importante en la determinación de la valoración de la CV personal, a constatarse en el presente estudio.

Por otra parte, resulta interesante, que evaluar cómo se siente la persona en la situación en que se encuentra, resulta menos preciso en las investigaciones del tema CV, a pesar de su importancia y ello justifica el interés de estudiar las vivencias como variable en la investigación que se realiza.

El análisis que de la participación del componente vivencial se realiza en la actualidad por diferentes autores, citados en el 2004, por Folkman y Moskowitz (Westbrook y Viney, 1982; Silver y Wortman, 1987; Viney, 1989; Carver y Séller, 1994; Stone, 1995), exponen que existe suficiente evidencia para afirmar que conjuntamente con las emociones negativas pueden aparecer las emociones positivas, e indican que resulta importante tener en cuenta la presencia de ambos tipos de emociones al valorar la CV.

Otros investigadores, al estudiar la relación entre afrontamiento y CVP, (Lazarus y Folkman, 1986; Font, 1990a; Rodríguez., Pastor y López- Roig, 1993; Hernández, 1996; Palmero y Fernández- Abascal, 1999; Urzúa y otros, 2005), plantean que determinadas estrategias ayudan a experimentar una mejor CVP, y resaltan las centradas en la solución del problema como las más favorecedoras (Font, 1990a; Hernández, 1996). Esta afirmación, aunque aparece poco confirmada, es coherente desde lo conceptual.

Al respecto, Lazarus y Folkman (1986) afirman que existen interrelaciones entre las funciones básicas del afrontamiento (centradas en la emoción y centradas en el problema), de manera que una puede facilitar e incidir sobre la otra y hasta ser utilizadas conjuntamente. Ambas se consideran efectivas al fomentar el resultado adaptativo y pueden propiciar niveles óptimos de CVP. No obstante, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), Della y Landoni (2005) y Folkman y Moskowitz (2004) afrontar debe verse como algo que puede funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones.

Dichas consideraciones respecto al concepto e investigación del afrontamiento, vistas desde una perspectiva eminentemente contextual, con un enfoque procesual y con una connotación transaccional, enriquecen el análisis de este importante y complejo proceso psicológico, considerado por algunos autores como el proceso más organizado y maduro del yo, al ubicarlo en una escala jerárquica con otros recursos reguladores

(Menninger, 1963; Haan, 1969, 1977; Vaillant, 1977; cit. por Lazarus y Folkman, 1986; Folkman y Moskowitz, 2004); y permiten conferir al afrontamiento una gran importancia para lograr buen equilibrio con el medio y valoraciones positivas de CVP.

Actualmente el afrontamiento se considera como un sector de funcionamiento personal, y se aboga por el afrontamiento disposicional. Al respecto, Buendía (1999) plantea:

En los últimos años se acepta, la existencia de un afrontamiento disposicional, de corte más estable y otro situacional reactivo; el primero se encontraría en el mismo nivel de análisis de otros muchos componentes de la psicología de la personalidad (p. 146).

Otros investigadores, como Fernández-Abascal y Palmero (1999) y Buendía (1999) citan a diferentes autores (Maddi, 1990; Endler y Paker, 1990, 1993; Pelechado, 1992; Lehr y Tomae, 1993) quienes describen el fenómeno llamado sobregeneralización, que hace referencia a la tendencia a utilizar con persistencia determinado tipo de afrontamiento por resultar útil en otras circunstancias, a pesar de que ya no sea aplicable a la situación actual.

En esta dirección Sánchez y Sánchez (1994) expresan como desde 1976, Mariartif y Toussieg, establecen diferencias entre estilos y estrategias. Para estos autores, los estilos se refieren a la tendencia de los sujetos a usar preferentemente un tipo de afrontamiento (concepto asumido en el trabajo), mientras las estrategias se refieren a las diferentes acciones concretas que lleva a cabo el sujeto dentro de su estilo.

El concepto *estilo* reconoce la unidad de la conducta a través de sus cambios, y permite valorar que es un mismo individuo el que se comporta, a través de manifestaciones distintas. Se le confiere al estilo una estabilidad no estática, y por tanto, no se contrapone con el término proceso, cuyo aspecto esencial es el cambio (Sánchez y Sánchez, 1994). En este estudio se asume el concepto de estilo desde esta perspectiva.

Estas aclaraciones se realizan pues Lazarus y Folkman (1986) no ven adecuado conceptualizar el afrontamiento como estilo estable, y lo definen como un proceso que permite libertad y flexibilidad de cambiar las respuestas en función de demandas contextuales, temporales y hasta personales, y utilizan más el concepto de estrategias de afrontamiento. Pero en ningún momento niegan la existencia de estabilidad en el

afrontamiento, ni que el individuo tenga preferencias por estrategias determinadas a lo largo del tiempo, y plantean "que debería reconocerse que en el afrontamiento coexiste tanto la estabilidad como el cambio." (p.152 - 153).

Para clasificar los estilos de afrontamiento en el estudio, se retoman los criterios de Palmero y Fernández-Abascal (1999), quienes lo estudian como estilo, y al clasificarlos utilizan diferentes criterios. Atendiendo al método empleado lo clasifican como estilos activos o pasivos, y según su focalización, dirigido al problema o dirigido a la emoción. Se tiene en cuenta lo referido respecto a las interrelaciones de las funciones del afrontamiento las cuales pueden ser utilizadas conjuntamente, y se elaboran sobre esta base las categorías de esta variable (Capítulo 2).

Las investigaciones de los autores mencionados y las evidencias empíricas de los resultados investigativos encontrados en la etapa preliminar del estudio permiten considerar que de acuerdo a como la persona afronta la vida, se percibe la misma de manera más positiva o negativa, y ello incide en la valoración respecto a su calidad.

A partir de las reflexiones anteriores, derivados de la propia práctica profesional de la autora, y teniendo en cuenta que no están especificados los determinantes psicológicos de la CVP, nos preguntamos: ¿qué factores psicológicos pueden valorarse como aspectos claves en la percepción y vivencia de la CV personal (concebida de manera relativamente estable), y que constituyen sus determinantes?

A los efectos de esta investigación, se asume el siguiente concepto de determinantes psicológicos propuesto por la autora:

Aquellos factores psicológicos personales que intervienen en el proceso de evaluar, interpretar, seleccionar, sentir y actuar con la información situacional proveniente del medio interno y externo, y que actúan de manera determinante en la percepción y vivencia de la CV." (Díaz, 2000^a, p. 16).

Dichos determinantes se conciben como factores medulares que actuando de manera sistémica permiten entender la valoración que se ofrece sobre la CV, sin que esto suponga una discriminación o exclusión de las otras variables que participan, ni una determinación lineal al actuar sobre ellas, e intervenir en la determinación personal de valoraciones positivas y negativas. Para identificarlos y estudiarlos, se requiere de

instrumentos y procedimientos metodológicos válidos y confiables, constituyendo este aspecto otro punto álgido de la investigación de la categoría CV desde el punto de vista científico y al que se dedican las siguientes valoraciones.

1.4. Dificultades metodológicas en el estudio de la calidad de vida percibida (CVP)

“Una de las cuestiones de las que se ocupará la psicología y la psicometría en el siglo 21 estará relacionada con la construcción y validación de pruebas y tests psicológicos que permitan evaluar y diagnosticar la calidad de vida de las personas sanas como enfermas”. (J. Matarazzo citado por Lozano, 1996, p. 3987).

Los instrumentos de evaluación de la CV son muy numerosos y diversos. Autores como García e Ibáñez (1992) y Asensio, Sánchez y Montiel (1996) plantean que para seleccionarlos hay que tener presente varios aspectos: (a) la elección de indicadores objetivos e indicadores subjetivos; (b) el tipo de técnica de medida: las puramente objetivas, en las que no interviene la subjetividad del evaluado, y las de diferentes tipos respondidas por el sujeto; (c) la elección de la técnica de medida (genérica o específica).

Deben cumplir, además, exigencias de fiabilidad, exactitud, validez y universalidad, al respecto, se cita la labor ya realizada por la OMS en la creación de un instrumento de evaluación (WHOQOL) para ser aplicado en distintas partes del mundo (Grau, 1996; Urzúa y otros, 2005; Williams. y Díaz, 2006; McKcee, Díaz y Vázquez, 2006).

De manera general, los instrumentos se clasifican atendiendo a diferentes criterios.

A. Por sus objetivos, se clasifican, según lo que van a evaluar, en instrumentos:

1. Para evaluar síntomas específicos: Entre ellos sobresalen los que evalúan actividad. El más utilizado es el creado por Karnofsky, y en él se estudian síntomas como dolor, náuseas y vómitos. Se critica que en este tipo de instrumento no se toma en cuenta el elemento subjetivo.
2. De evaluación psicológica: Pruebas o escalas utilizadas con este fin: el inventario de personalidad de Eysenck, el MMPI, la prueba de Harris Hamelton, etc.

Con revisiones específicas de medición de CV, en este mismo grupo, se incluyen las siguientes escalas:

- 1 The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), que evalúa síntomas de ansiedad y depresión en

hospitales generales.

- 2 The General Health Questionnaire (GHQ), donde se evalúa ansiedad, depresión, funcionamiento social y síntomas físicos. Se le atribuye menor sensibilidad y especificidad que al anterior.
- 3 The Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS), la más empleada como medida de CV, aunque no fue diseñada para este fin. Plantea que si los pacientes se adaptan a su enfermedad, su CV será buena. Esta escala evalúa siete áreas: cuidado de la salud, trabajo, ambiente doméstico, relaciones sexuales, relaciones con la familia extensa, ambiente social, malestar psicológico. Se le critica no tener reactivos para la actividad física de síntomas de la enfermedad y síntomas atribuidos al tratamiento.
- 4 The Brief Symptom Inventory, desarrollada a partir de la Escala PAIS.

Todos estos instrumentos han sido utilizados o revisados con fines evaluativos o para inferir por sus resultados la CVP, pero no responden a una concepción teórica o metodológica sobre la categoría que nos ocupa.

Se concluye que algunos instrumentos evalúan variables relacionadas con la CV y otros evalúan específicamente la CV. Estos a su vez se clasifican en:

- 1 Genéricos. Incluye los perfiles de salud y los perfiles de medidas de utilidad. Son aplicables a cualquier población. A los primeros, se les critica no ser sensibles a los cambios de condiciones específicas; a los segundos, no mostrar el área de mejoría.
- 2 Específicos. Diseñados para población específica, función específica, etc., clínicamente sensibles, pero no permiten realizar comparaciones cruzadas.

B. Otro criterio de clasificación de los instrumentos se basa en las dimensiones que los constituyen: (Badia, Salamero, Alonso y Ollé, 1996; Lara, Muñoz y De la Fuente, 1996; Llantá y Grau, 1996; Díaz, 2005b).

- 1 Unidimensionales: Evalúan el componente subjetivo de la CV de manera general.
- 2 Multidimensionales: Evalúan la CV a partir de variables que supuestamente la conforman, resultante de una serie de condiciones en la vida. Estos son los más empleados y elaborados.

C. Los instrumentos, pueden ser autoadministrables (más usados) y administrados por el investigador.

En general, se atribuyen aciertos y desaciertos a las características psicométricas de los instrumentos de evaluación de CV, los que les convierten en uno de los núcleos fundamentales de investigación psicológica actual en opinión de diferentes autores (Asencio y otros, 1992; Matarazzo 1991 cit. por Lozano, 1996; Badia y otros, 1996, Grau, 1998; Mikulic y Muiños, 2005, Contreras, 2005). Las dificultades señaladas y la escasa validación y estandarización de instrumentos para evaluar la CV en nuestro medio, hacen que se opte por un conjunto de instrumentos de la práctica asistencial psicológica, y se adapten a los objetivos del trabajo.

Otra dificultad significativa en el plano práctico y metodológico de la investigación psicológica actual sobre CV se relaciona con el predominio de estudios positivistas. Se utiliza de manera privilegiada la metodología cuantitativa, en contraste con los estudios de corte cualitativo, los que en los últimos años comienzan a presentar en su desarrollo una tendencia discreta pero interesante (Fisher, Golud, Waunwright y Fallon 1998, Cit, en Reyes, 2004; Palacios y Castro 2005).

Lo planteado por Ibáñez (1992) y Beltrán (1996), respecto de lo recomendable que resulta el pluralismo metodológico en investigaciones de fenómenos sociales complejos (la CV es uno de ellos), expone una visión más integradora y, a la vez, más convincente para estudiar la categoría, por lo que se tiene en consideración para realizar el presente estudio.

Como se aprecia, estamos en presencia de un tema muy complejo y que requiere sistematización. En un intento de contribuir en esta dirección y a partir de la experiencia acumulada por la autora en la investigación de esta área temática, se elabora el siguiente modelo, que guía y que conduce la investigación realizada.

1.5. Propuesta de un modelo teórico – conceptual para el estudio de la CV personal y sus determinantes psicológicos

1.5.1. *Fundamentos teóricos generales*

Los fundamentos generales en que se sustenta la propuesta teórica realizada, son los siguientes:

1. El materialismo histórico y dialéctico
2. La concepción materialista dialéctica sobre los procesos valorativos (J. R. Fabelo Corso, 1989)

3. Los postulados generales de la psicología de orientación materialista dialéctica, fundamentalmente sobre subjetividad

Las reflexiones que se exponen a continuación, acerca de la fundamentación anterior, resultan esenciales para comprender el modelo elaborado.

El materialismo histórico y dialéctico

El análisis de la categoría calidad y su par dialéctico (cantidad) desde posiciones filosóficas del materialismo dialéctico, permite declarar que calidad, por su definición, no expresa lo mejor o superior, sino que refleja un determinado estado o condición de la existencia presente en cada objeto y fenómeno de la realidad, que los hace únicos e irrepetibles. Esto quiere decir que la calidad como estado de la existencia siempre estará presente, aunque ella no se identifique sólo en su dirección positiva, superior o desarrolladora (Lenin, s/a; Engels, 1975), independientemente de que sea esta dirección, la que inspira y promueve la investigación científica de ciencias y disciplinas.

La CV, como fenómeno de la realidad, se expresa entonces en estados o condiciones de existencia inferiores y superiores, con infinitas formas de mostrarse, todas irrepetibles y únicas, lo cual permite afirmar que toda personalidad representa un determinado estado de calidad, y no siempre se expresa en estadios o formas de desarrollo superior, o en una condición de la existencia buena, feliz o placentera.

Así, por ejemplo, una persona con síndrome de Down muestra un estado de vida que no se considera superior para la condición humana, pero que constituye una determinada CV, en tanto representa una condición existencial que, por demás, puede contener formas más desarrolladas (positivas) o menos desarrolladas (negativas) en dependencia de la profundidad del síndrome en cuestión y de su situación social del desarrollo o, en otras palabras de las demandas y exigencias del contexto y del sistema de recursos personales existentes.

Por tanto, aceptar que la CV es inherente a todas las formas de existencia humana, es fundamento suficiente para estudiarla, definirla, investigarla, e intervenir respecto a ella, en enfermos crónicos, en pacientes en estadios terminales de su enfermedad, o que se someten a cuidados paliativos, en discapacitados físicos y mentales, etc., los cuales representan condiciones de existencia que no son consideradas como positivas o

desarrolladoras.

Esta postura expone la verdadera vocación humanista atribuible al concepto de CV, promovida en una larga y rica trayectoria investigativa en el campo de la salud, y resalta, además, la idea de evaluar la CV desde una óptica positiva para potenciarla y mejorarla a escala individual.

Asimismo, reconocer que las cosas están en constante *movimiento, modificación, surgimiento y destrucción*, pero *mantienen determinada forma de existencia*, o sea, conservan su calidad, hasta un tiempo determinado (Lenin, s/a; Engels, 1975), nos permite *aseverar* que el *aspecto dinámico y la relativa estabilidad* que se atribuyen a la CV como condición de su existencia deben tenerse en cuenta no sólo para el análisis de su mantenimiento, sino también para su valoración.

En esta dirección, se analiza que la personalidad está expuesta a la influencia de diferentes *cambios* (desfavorables o favorables, actuales o prospectivos, transitorios o irreversibles), y habría que analizar hasta dónde son capaces de afectar la *esencia* personal, y con ello, la CV del sujeto. De *mantenerse* la esencia, se mantiene con ella el estado de la calidad, y la *relativa estabilidad* de su valoración.

El problema de la valoración de CV puede vincularse, entonces, al equilibrio entre lo esencial (cualitativo, distintivo, individual; diferente en cada hombre), y lo existente en el entorno capaz de mantener o no las esencias, independientemente de su cuantía objetiva. Por tanto, se admite la doble naturaleza (objetiva y subjetiva) del concepto de CV y, a la vez, se resalta el papel de lo subjetivo en su valoración. Otras reflexiones útiles desde el punto de vista filosófico son realizadas para comprender el modelo desarrollado, y se remite a artículos publicados y reportes de investigaciones de la autora para su profundización y esclarecimiento. (Díaz, Díaz y Vázquez, 1994; Díaz, 1999, 2003, 2007, 2007a).

Finalmente, la CV, como fenómeno observable, está determinada por múltiples factores integrados de manera compleja y holística, mostrándose de manera fenomenológica. Es, por consiguiente, susceptible de ser evaluada y de que se ofrezca una valoración al respecto. Es precisamente la valoración el momento que ocupa la atención de la autora, para desarrollar su propuesta teórica y en consecuencia formularse el estudio de los factores que participan en ella. Al estudiar la valoración personal (CVPV) de dicha condición existencial

(CV), se asume la concepción materialista dialéctica para el estudio de los procesos valorativos (Fabelo, 1989), como se expresa en el apartado siguiente.

Para concluir éste, se puede aseverar que lo expuesto hasta aquí recomienda concebir el estudio de la categoría CV a partir de las siguientes consideraciones:

- La persona en su contexto concreto, como referente de partida en su análisis
- La expresión holística y sistémica de la CV
- La manifestación de la CV como estado
- La doble naturaleza (objetiva y subjetiva) de la CV
- La manifestación de la CV en estados cualitativos diferentes (no siempre superiores)
- La expresión dinámica de la CV (posibilidades de cambio)
- La relativa estabilidad de la CV vinculada a la esencia

La concepción materialista dialéctica sobre los procesos valorativos

Resulta importante reiterar que el estudio de la CV desde un punto de vista valorativo, implica adherirse a una concepción pocas veces declarada que permite comprender qué factores y condiciones explican el proceso valorativo y sus resultados, *los juicios valorativos*, que Fabelo (1989) define como criterios de valor sobre cualquier objeto, fenómeno, o circunstancia de la realidad, y que se expresan en opiniones positivas o negativas acerca de ellos. Estos criterios de valor se forman bajo la influencia de la práctica, la cual, en su desarrollo, no sólo engendra el ser funcional de las cosas, su significado, su valor, sino también la capacidad subjetiva del hombre (Fabelo, 1989). Este planteamiento permite entender la subjetividad desde posiciones materialistas dialécticas, desde las cuales los factores sociales tienen el reconocimiento necesario, con una fuerte presencia en los criterios valorativos.

De la concepción asumida se declaran, para la propuesta de modelo y su implementación metodológica, otras cuestiones de interés, cuya utilidad para la presente investigación se declara a continuación:

- 1 La tendencia dicotómica de los juicios valorativos (positivos y negativos): Permite establecer cuatro categorías de análisis, dos para el polo positivo (buena y aceptable), y dos para el negativo (pobre y mala).
- 2 La significación afectiva de las valoraciones, al reflejar la relación de significación que tienen los

objetos y fenómenos de la realidad: Permite hacer énfasis en el aspecto vivencial al valorar la existencia, es decir, cómo se siente la persona; no sólo qué tiene, sino cuán importante para ella es lo que tiene.

- 3 La unidad de lo afectivo y lo cognitivo en las valoraciones: Permite entender la participación conjunta de procesos afectivos y cognitivos en unidad dialéctica y, por tanto, con expresiones complejas y diversas.
- 4 La relación entre lo social y lo personal en las valoraciones: Permite reconocer la participación de múltiples factores (culturales, sociales, económicos, etc.) en la valoración personal de la CV, es decir, su multideterminación, y entender las relaciones de dependencia y relativa independencia entre lo social y lo personal. Estos referentes pueden ampliarse en las obras de Fabelo (1989) y de Díaz (2005^a).

Finalmente, según este autor, la valoración es resultado de la compleja integración de los más disímiles factores de la realidad objetiva y subjetiva, y exige analizar su vínculo con fenómenos como las necesidades, los intereses, los fines del sujeto, su experiencia precedente, sus puntos de vista, ideales, normas, concepción del mundo, es decir, su subjetividad. Esta subjetividad, expresada en aspiraciones, expectativas, vivencias, etc., o también llamada *mundo interno personal*, constituye, según Fabelo (1989), los determinantes psicológicos de los procesos valorativos, entre los que, sin embargo, no ha sido declarado específicamente cuál o cuáles pueden resultar más relevantes en la valoración de la vida con calidad, lo cual refuerza su formulación como problema científico a resolver (Díaz 2005a).

A continuación se exponen los postulados generales de la psicología de orientación materialista dialéctica, tercer fundamento de nuestra propuesta, que sustenta el modelo teórico elaborado para conducir la investigación.

Postulados generales de la psicología de orientación materialista dialéctica: la subjetividad

Asumir los postulados de la psicología de orientación materialista dialéctica, implica aceptar que en su desarrollo filogenético el hombre ha escalado diversos niveles evolutivos que implican mayor perfección de la

especie, por tanto, su psiquis se hace más compleja y, por consiguiente, los fines y metas de la humanidad se amplían y profundizan. Esta idea invita a pensar que la complejidad del nivel evolutivo de los individuos debe ser considerada premisa y condición para explicar y comprender la fuerza movilizadora del individuo puesta en función de concebir, estimar y mejorar su propia CV. Puede entonces aseverarse que el nivel de desarrollo personal influye en las estimaciones y valoraciones que se realicen sobre diferentes aspectos, por ejemplo la CV.

De esta forma, la valoración que sobre CV se realiza, se erige sobre la base del nivel de desarrollo de la personalidad y, por ello, la comprensión de la complejidad de la multideterminación de la categoría CV exige partir de una concepción sobre la personalidad que pueda explicar aspectos tan complejos como el carácter sistémico en su formación y desarrollo, su expresión holística y su determinación histórico – cultural, entre muchas cuestiones debatidas sobre la personalidad (las que incluye su definición conceptual), que constituyen, todavía, problemas teóricos y metodológicos por resolver en la psicología. Todos estos aspectos se ven reflejados y concebidos de alguna manera en la concepción general que la psicología de orientación materialista dialéctica tiene sobre la personalidad, y constituyen referentes teóricos y prácticos para el estudio que se realiza.

Una cuestión que requiere destacarse nuevamente por el valor que se le confiere en el modelo, es el aceptar la unidad entre lo cognitivo y lo afectivo, como un principio de la psicología de orientación materialista dialéctica, y en la que se declara, que ambos componentes se desarrollan bajo el influjo de las relaciones sociales y se integran de una forma única e irrepetible. Al respecto se comparte con González (1997) que la unidad entre lo cognitivo y afectivo es compleja y requiere profundidad en sus análisis. Así, por ejemplo, pueden existir combinaciones muy complejas entre el pensar y el sentir, que no siempre exponen una unidad congruente, sin que ello presuponga una incongruencia ideoaffectiva de tipo patológica. En tal sentido, pueden expresarse criterios valorativos positivos desde lo cognitivo, por ejemplo, "eso es algo bueno"..., "no está mal"..., "es correcto".; y al unísono expresar desde lo afectivo "...pero no me agrada" ..., "no es lo que quiero"... "no estoy contenta con eso", etc.

Se reconoce además, que ambos componentes pueden mostrar predominios diferentes desde el punto de vista psicológico, lo que hace que existan personas más racionales y otras más afectivas en sus relaciones con los fenómenos de la realidad, con incidencia y repercusión en las valoraciones que se ofrecen sobre ellos. Ambos componentes se integran en la subjetividad y conforman la dimensión psicológica de la CV. Al integrarse exponen

un determinado grado de equilibrio y armonía entre el pensar y el sentir que se traduce en el sentirse bien o aceptar la condición real de existencia.

No obstante, sentirse bien no debe ser considerado por los investigadores como la única arista importante para concebir una buena CV, ya que pueden coexistir, con el estado subjetivo, otros aspectos contemplados en el concepto de CV desde su multideterminación, de manera negativa, por ejemplo, condiciones de vida, aspectos ecológicos o medio ambientales, la capacidad funcional y física, etc., que representan aspectos más objetivos, no por ello, menos importantes. Se reconoce que sentirse bien, a la vez, puede frenar la intervención en pro de desarrollos y mejoras, que sólo son viables si la persona siente la necesidad de cambios y, por ello, se le otorga el valor que amerita, además de reconocer que pudiera ser exponente de ajuste y equilibrio con el medio.

Desde lo psicológico, y desde una mirada científica, CV implica un balance dinámico entre estar bien y sentirse bien de acuerdo a estándares externos e internos, los primeros, enmarcados en el micro y macromundo en que vive y se desarrolla la personalidad, que incluyen cuestiones de tipo material, cultural, ideológico, de clase social y valores, que tienen un desarrollo histórico concreto, y que inciden de manera determinante en los referentes internos de las personas; estos últimos representantes del mundo psicológico personal, que no es un reflejo lineal de lo existente en el medio y que participa en la interacción y valoración del individuo y su entorno.

La CV se manifiesta (según las reflexiones teóricas de la autora acerca de la abundante literatura existente, sus resultados investigativos y su práctica profesional), con un carácter integrador y holístico, dependiente no sólo de la calidad de las interacciones con el medio en que se desarrolla y vive el hombre, sino también de la

multiplicidad de factores genéticos, biológicos, sociales y psicológicos que intervienen sobre ella, en su devenir histórico.

A los efectos de la investigación nos interesa dejar plasmado, desde el enfoque psicológico asumido, el concepto de subjetividad que se acepta en tanto es la dimensión psicológica o subjetiva de la CV, el objeto de estudio de la presente investigación. En tal sentido se asume el concepto de subjetividad, expresado por González (1997):

Una forma de conocer la realidad que implica su construcción por un sujeto cognoscente, quien es expresión de esta propia realidad; de ahí el carácter inteligible de la misma, existiendo una apropiación no lineal ni absoluta de la realidad, sino a través de medios de que dispone para su cognición, en los cuales se expresa integralmente su mundo interno, subjetivo, sin que por ello se pierda el contacto objetivo con lo estudiado (p. 36).

Los referentes expuestos, y las reflexiones filosóficas realizadas sumadas a la experiencia científica y profesional de la autora le permiten elaborar una definición conceptual que la identifica y guía en sus investigaciones y análisis, que se recoge a continuación.

1.5.2. Definición de Calidad de vida percibida – vivenciada (CVPV)

Al tener en cuenta, como referentes teóricos centrales del modelo, *las aspiraciones, las expectativas, y los logros*, conceptos vinculados a las valoraciones sobre CV (medio utilizado para el estudio de la subjetividad), se formula la definición teórica de la categoría como *calidad de vida percibida vivenciada* (a partir de aquí, CVPV), como:

La CVPV es la expresión valorativa de un estado psicológico dinámico y relativamente estable, presente en el individuo, resultado y reflejo de la valoración sobre lo logrado, lo que se aspira y lo que se espera alcanzar, en correspondencia o no con los elementos importantes y jerarquizados de esa individualidad, que dan sentido a la vida, y permiten a la persona el ajuste al medio en que vive y se desarrolla (Díaz, 1999, p.123).

Es un estado que se va conformando como resultado de la valoración que hace el individuo de su vida,

evaluada desde su integridad - o en aspectos particulares de ella - sobre la base de su subjetividad, determinada por un influencias externas, pero que se configura desde su estructura y funcionamiento de manera única e irrepitible. Dicha valoración, por tanto, refleja no sólo cómo vive el individuo, sino también qué piensa de cómo vive, y cómo se siente viviendo así, aspectos que se sintetizan en el juicio global de CV y, en dependencia, determinan su ubicación en una categoría valorativa.

Se considera percibida - vivenciada en tanto el sujeto hace un reconocimiento cognitivo de lo que posee material o espiritualmente (que puede ser o no distorsionado), impregnado de cierto matiz inevitable afectivo. Pero en la medida en que lo percibido esté en correspondencia, o no, con lo esencial jerarquizado, con las principales aspiraciones y necesidades del sujeto, las vivencias psíquicas se hacen más o menos intensas, y participan en la valoración positiva o negativa de CV.

Actúan, entonces, en la valoración que se ofrece sobre la CV, factores cognitivos y afectivos estructurados en un determinado nivel de desarrollo personal en el momento de la evaluación. A partir de los resultados investigativos, resultó pertinente, para evaluar el concepto en la investigación práctica, proponer la siguiente definición de trabajo con fines operativos.

La *CVPV* es la expresión valorativa resultante de la relación entre lo actual, lo aspirado y lo esperado, considerado dentro de lo esencial jerarquizado por el sujeto, y visto como lo verdaderamente importante.

- 1 Si lo actual esencial jerarquizado, es igual o aproximado a lo aspirado, o se espera alcanzar éste a corto, mediano, y aún a largo plazo, entonces la valoración personal de la CV, se ubica en un *rango positivo* (bueno y aceptable).
- 2 Pero si lo actual no se corresponde con lo esencial jerarquizado, difiere de él, o lo que se aspira alcanzar (jerarquizado) no se espera lograr a corto, mediano, o largo plazo, entonces la valoración de la CV se ubica en un *rango negativo* (pobre y mala).

La dimensión *tiempo* en la definición operacional revela el carácter dinámico y de proceso de la *CVPV*, y como factor, incide sobre las vivencias, ya que los plazos que se estiman para el alcance de metas y objetivos repercuten en el sentir emocional y en la valoración positiva o negativa de la CV. Mientras más cercanos se

valoren los plazos, es más positiva la vivencia, y viceversa. El tiempo es, por tanto, una dimensión útil en la diferenciación de las categorías evaluadoras.

El modelo elaborado para el estudio concibe la CVPV con los siguientes *atributos*:

1. Constituye un sistema (por su configuración, manifestación, interrelaciones dimensionales y su doble naturaleza), donde el todo es más que la suma de sus partes
2. Tiene una determinación histórico-social en su doble dimensión: social e individual
3. Se concibe desde un determinismo externo (reflejo de lo existente real, enmarcado en una época en determinada dimensión temporal, sociedad, cultura, aspectos objetivos y materiales), pero a través del prisma de lo individual y de la subjetividad (con un carácter activo), que es la que mediatiza la valoración positiva o negativa que tenga el hombre al evaluar su calidad existencial
4. Se expresa holísticamente, a través de *pensamiento* (qué piensa de como vive), *afectividad* (cómo se siente viviendo así), y *realidad* (cómo vive), integrados en la valoración positiva o negativa de la calidad de la vida, evaluada desde el punto de vista personal
5. Muestra una tendencia más estable que transitoria o cambiante
6. Integra componentes cognoscitivos y afectivos que, bajo diferente configuración personalógica, arrojan diferente incidencia en la valoración que se ofrece

Los aspectos distintivos del modelo elaborado para el estudio de la dimensión psicológica de la CV son:

- 1 La concepción de la relativa estabilidad en la CV y su valoración (CVPV)
- 2 El énfasis en el componente vivencial (cómo se siente la persona) al evaluar su condición de vida

La Figura No. 1, que se muestra posteriormente, esquematiza el modelo de CVPV y sintetiza los aspectos esenciales de la propuesta teórica de la forma que se expone a continuación.

En su mitad superior se representa la CVPV, con el fin de destacar el objeto de estudio que en él se propone.

En ella se representan dos componentes funcionales básicos de la personalidad, íntimamente relacionados: el cognitivo y el afectivo. El componente cognitivo, representado a través de percepciones, cogniciones y creencias, permite conocer qué piensa la persona de su condición existencial, y analizar la valoración

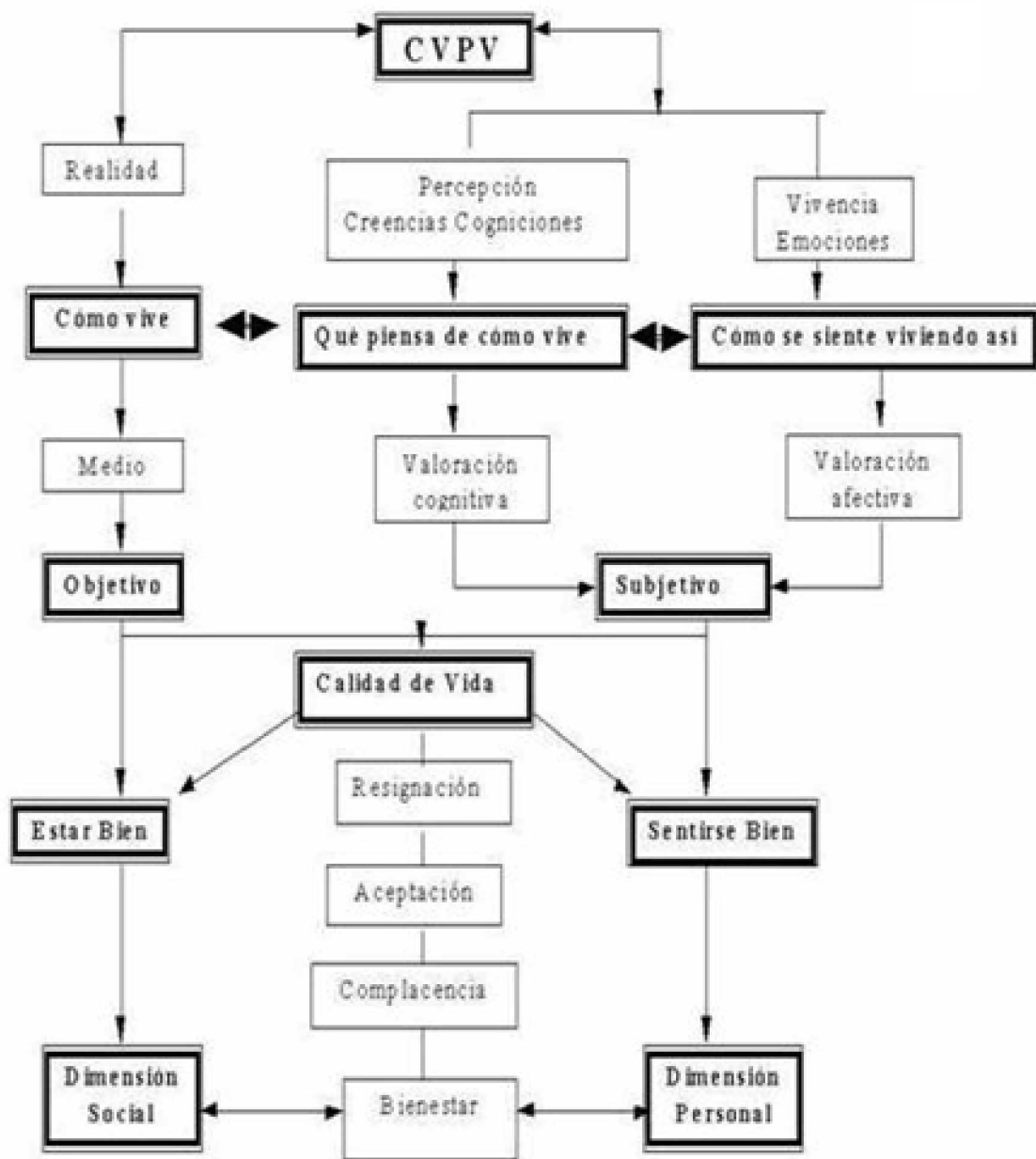


Figura 1: Enfoque conceptual de calidad de vida percibida-vivenciada

cognitiva de la CV. El componente afectivo, representado a través de vivencias y emociones que expresan fundamentalmente el sentir de esa existencia, la significación de la realidad y la participación de los procesos afectivos en la valoración, permite indagar acerca de cómo se siente la persona en su condición existencial, y con ello, analizar la valoración afectiva de la misma.

Ambas valoraciones (cognitiva y afectiva) se integran desde lo subjetivo, y exponen un determinado grado de equilibrio y armonía entre el pensar y el sentir, que se traduce en un sentirse bien. Este estado subjetivo se vincula a la dimensión personal de la CV en el modelo que se elabora.

En la mitad superior izquierda bajo las siglas CVPV, se representa la realidad, que participa de manera determinante en las apreciaciones y el sentir que expresa el sujeto, los que constituyen los referentes externos de la valoración. Esta realidad la conforman las condiciones materiales, sociales, ambientales y de toda índole, más cercanas a la persona y que responden al cómo vive el sujeto, con las cuales se establece una relación única e irrepetible. Representa, en síntesis, el micro medio lugar donde se desarrolla la vida de la persona, exponente de un medio más general, pero muestra cierta 'libertad' respecto a él, y representa a la sociedad, su cultura, su modo de vida, su desarrollo económico y social, el grupo o clase social, etc., conformando el macro mundo, el cual ejerce influencias también sobre la realidad cercana y en consecuencia en la valoración personal (CVPV).

La realidad y el medio son exponentes de la dimensión objetiva, la cual participa en la conformación de la condición real de la existencia (CV) y su valoración (CVPV), y traducen un *estar bien*, desde los aspectos objetivos y externos, que responden en el modelo a la dimensión social de la CV.

Finalmente, se muestran, en la mitad inferior del esquema, que representa la CV, diferentes estados de existencia, diferentes desde su condición cualitativa, pero contienen niveles adaptativos en la relación individuo-medio desde los cuales pueden proyectarse esfuerzos de mejorar y lograr valoraciones positivas de CV. Se ordenan desde formas inferiores, hasta formas superiores, representantes de desarrollos óptimos de la condición real de vida. Para ilustrar este pensamiento se invita a reflexionar acerca de concebir a una persona con un cáncer de cualquier localización, en estadio tres o cuatro de la enfermedad, que expresa que

experimenta bienestar. Asumir esta posición con respecto a la CV nos permitiría aceptar más fácilmente el imaginar que esa persona pueda expresar que está resignada, que está satisfecha o complacida con los logros del tratamiento, que acepta su condición de enferma y trata de vivir la vida lo mejor que puede y afronta positivamente su enfermedad, etc.

En cada estado se conciben aspectos objetivos y subjetivos, exponentes de un estar y sentir, los cuales se ven incrementados en dirección positiva al estado de bienestar, visto como la expresión de un estar bien (material y socialmente) y un estar bien (espiritual y psicológicamente) en lo personal, donde individuo y sociedad se conectan en sus múltiples determinaciones para lograr una existencia plena y positiva.

Sobre la base de las ideas expuestas, la propuesta elaborada se trazó como objetivo conocer los aspectos psicológicos comunes en aquellas personas que al valorar su condición de vida se ubican en iguales categorías de CVPV (buena, aceptable, pobre y mala), independientemente de las diferencias existentes en cada sujeto, que permiten comprender y determinar la valoración ofrecida, incluido el estado real de existencia (inferior o superior), para luego llegar a identificar los factores más relevantes

Las ideas planteadas y el modelo que se desarrolla se identifican con la corriente de pensamiento personalista para el análisis de la CV, en la que se admite la dignidad del hombre y el valor de cada vida desde su comienzo hasta su muerte natural, y que indica por tanto, velar por la CV en cada persona hasta el final de su vida.

Esta corriente de pensamiento representa según opinión de la autora, la visión más humanista desarrollada para el estudio y análisis de la CV, y justifica el interés creciente de investigadores actuales que se dedican a evaluarla y mejorarla en pacientes con cuidados paliativos, pacientes en estadios terminales, y que se pronuncian por la propia calidad de muerte.

El modelo teórico presentado es fundamento y guía de la investigación realizada, y pretende que las ideas plasmadas en su formulación teórico - metodológica propicien el desarrollo de nuevas investigaciones sobre la CV, núcleo de investigación presente y futura en nuestra ciencia, para enriquecer los resultados que la investigación aporta.

CAPITULO 2 ASPECTOS METODOLÓGICOS E INSTRUMENTALES DE LA INVESTIGACIÓN

...“La calidad de vida es una categoría multidimensional, que, combate el concepto de hombre unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana.... Concebir al humano como ser lineal, es obsoleto desde su misma corporalidad, por ello acercarse a los procesos desde una forma holística permite mayor comprensión de esta madeja de factores mutuamente influyentes”...
Castro y Reygadas (2006, p. 283)

Introducción

En el presente capítulo se dan a conocer y valorar la mayor parte de los aportes metodológicos de la tesis, centrados fundamentalmente en los procedimientos de análisis cualicuantitativos utilizados, teniendo en cuenta el momento de la investigación donde resulten de mayor utilidad, así como en los instrumentos adaptados y elaborados para llevar a cabo la investigación, los cuales podrán tener salida inmediata a la práctica investigativa y asistencial de la ciencia psicológica.

1.1- *Formulación de los objetivos y del problema de la investigación*

Como ya se expresó, antecede al estudio una etapa preliminar (1994 – 1999), en la que se evaluaron 603 casos. Por la importancia de la misma, se confecciona un anexo al cual se remite (Anexo 1), en el que se expone un conjunto de valoraciones y resultados importantes para la comprensión del estudio que se presenta.

Como resultado de la experiencia empírica acumulada sobre el tema, se realiza la presente investigación que parte de la idea investigativa que *concibe la existencia de factores psicológicos personales que participan de manera determinante en los modos de percibir y vivenciar de la calidad de vida con relativa estabilidad. Para desarrollar esta idea, y poder perfilar mejor el problema de investigación, se partió de una serie de interrogantes precedentes:*

- ¿Cuál es el comportamiento de los determinantes psicológicos que participan en la valoración de la CV en diferentes categorías de su evaluación personal (buena, aceptable, pobre y mala) en la muestra estudiada?
- ¿Cuáles de los determinantes psicológicos valorativos estudiados se identifican como los de mayor peso y relevancia para percibir y vivenciar la CV personal?

A partir de las anteriores interrogantes, se formula el siguiente problema de investigación

¿Cuáles serán los determinantes psicológicos de mayor relevancia en la valoración de CV personal en una muestra de la población general de un área de salud del municipio Santiago de Cuba?

Para llevar adelante la investigación se traza el siguiente

Objetivo General

- Identificar los determinantes psicológicos de mayor relevancia para percibir y vivenciar de manera positiva la CV personal.

Para dar cumplimiento al objetivo general se trazan las siguientes objetivos específicos:

- Evaluar el comportamiento de los determinantes psicológicos de la valoración personal en diferentes categorías de evaluación de la CV, en una muestra de población general registrada en el área de salud seleccionada.
- Determinar la significación estadística del comportamiento de las variables: determinantes psicológicos de la valoración personal, valoración de los contextos de vida y valoración del estado de salud actual, en la diferenciación de las categorías de la CV personal en la muestra estudiada.
- Distinguir los determinantes psicológicos más relevantes para percibir y vivenciar de manera positiva la CV personal.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realiza un diseño de investigación no experimental, de tipo descriptivo – analítico y de corte transversal de los casos estudiados, para profundizar en los determinantes psicológicos que participan en la valoración de la CV personal, utilizando diferentes procedimientos estadísticos y de análisis cualitativo de datos, utilizando procedimientos mixtos de metodología de investigación.

La metodología y el proceder cuantitativo resultaron útiles para:

- Realizar el cálculo y selección de la muestra de manera tal que los resultados puedan ser extensibles a la población del área de salud estudiada.

- Aplicar procedimientos lógicos matemáticos diseñados para la calificación de las técnicas que permitan desde una perspectiva cuantitativa obtener una calificación en cuatro categorías de CVPV (buena, aceptable, pobre y mala) y con ello facilitar la reducción de datos para realizar el análisis cualitativo
- Trabajar deductivamente con las variables a utilizar en la investigación
- Revelar los por cientos de representación de cada categoría de CVPV y detectar los más representativos para la muestra, con inferencia a la población objeto de estudio
- Calcular la significación estadística del comportamiento de las variables estudiadas, y hacerlo extensible a la población del área de salud seleccionada.
- Calcular el peso de las diferentes variables estudiadas en la CVPV y su significación estadística para la diferenciación de las categorías en la población objeto de estudio

La metodología y el proceder cualitativo resultaron útiles para:

- Captar y profundizar en las percepciones y vivencias de los casos estudiados al evaluar su CV
- Seleccionar el procedimiento para el análisis de los datos, utilizando el criterio de Miles y Humberman de " realizar la tarea básica de reducción de los datos de manera anticipada a la recogida de ellos" (Rodríguez, Gil y García, 2002, p. 20), y definir previamente cuatro categorías centrales (representantes de polos positivos y negativos de la tendencia dicotómica de la valoración), en los cuales serían ubicados las personas evaluadas (buena, aceptable, pobre y mala CVPV), según sus evaluaciones personales. Este aspecto pautó el diseño de instrumentos, al concebir que los datos recogidos por ellos pudieran ser integrados en una de las cuatro categorías de CVPV, de manera excluyente desde un tratamiento cuantitativo del dato, para ser luego utilizados como elemento que diferenciara las categorías desde lo cualitativo y valorar qué las caracterizaba de manera predominantes respecto a los aspectos evaluados.
- Utilizar diferentes criterios para reducir la información, que facilitara el análisis de los datos. Dichos criterios son:

§ *Criterios espaciales*, utilizados en los instrumentos. Entre ellos, la división de las líneas en cuatro segmentos excluyentes para cada categoría de análisis de la CVPV en el Dembo Rubinstein, y los tres bloques de ítems establecidos en el completamiento de frases, proceder que facilita la interpretación del dato y su integración total. (Ver la descripción de los instrumentos citados, en el capítulo más adelante).

§ *Criterios temáticos*, al usar de manera general en todos los medios de recogida de datos, el análisis de varias variables de estudio. Este proceder facilita la triangulación de datos, esencial en la metodología cualitativa.

§ *Utilización de códigos numéricos*. Se otorga un número del 1 al 4 para cada categoría de CVPV y para las variables del estudio, donde el valor mayor se le atribuye a los aspectos más positivos, y el menor a los más negativos (Anexo 9). Esta codificación permite identificar inmediatamente el significado positivo o negativo del dato, paso que puede comprenderse mejor al revisar las descripciones de cada instrumento.

Los criterios utilizados facilitaron la tarea de reducción, disposición y transformación del dato, al recoger las evaluaciones y valoraciones ofrecidas durante la etapa de aplicación de los instrumentos, y la información aportada por observación clínica y las entrevistas de profundidad y retest, utilizadas por el investigador, para esclarecer el significado de lo expresado por el sujeto y comprender la valoración que ofrecían sobre los aspectos evaluados, y permite tener en cuenta lo relacionado con el carácter sistémico e integrador de las variables, aspecto referido y asumido en esta investigación, todo lo cual facilita la integración de la información.

A manera de resumen, se puede afirmar que:

- los procedimientos cuantitativos sirvieron para generalizar y lograr la representatividad de los resultados.
- los procedimientos cualitativos permitieron profundizar en el control y análisis de contenido de los aspectos evaluados.

A continuación se brindan los datos sobre el área de salud seleccionada y la muestra estudiada.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y CÁLCULO DE LA MUESTRA

La investigación se lleva a efecto en el área de salud que comprende la policlínica "Armando García Aspirú", del Distrito 4 "Abel Santamaría", en el municipio Santiago de Cuba. La selección del área obedece a las siguientes razones:

- El área se encuentra enmarcada en las inmediaciones del Centro Especializado Docente Asistencial de Psicología (CEDAP), adjunto al departamento docente de dicha especialidad y por tanto, un área de constante

trabajo investigativo y práctico desde lo docente y asistencial. Esto favorece el contacto con esa población y el conocimiento de las características de la misma, y su fácil accesibilidad.

- Es, además, zona de desarrollo turístico en el municipio, al contar con numerosas instalaciones de este tipo, y por ello, de interés para las autoridades y el gobierno municipal, ya que la calidad de vida de los residentes en los destinos turísticos se valora como un elemento clave en los estudios de mercado (dentro de la llamada oferta primaria), por la incidencia que ella tiene en alcanzar altas tasas de reincidencia turística. Se asevera, por tanto, que la investigación responde a una demanda territorial, dirigida a afianzar un importante rubro de ingreso en divisa del país.

A continuación, se describen algunas de las características del área. Su población total de 27 487 habitantes está controlada y registrada en cuatro grupos dispensarizados: población presuntamente sana (con un total de 909 habitantes), población de riesgo (con 15 355 personas), población de enfermos (con 10 743 pacientes) y población con secuelas (con 480 pacientes). Esta estratificación de pacientes por grupos dispensarizados fue utilizada sólo para ayudar en los criterios de exclusión y determinar la población general de estudio.

Por interés de la investigación, se decide establecer como límite inferior para el estudio la edad de 18 años y como superior la de 60 años, teniendo en cuenta que la autovaloración requiere de un mínimo de edad evolutiva en su formación, desarrollo, consistencia y eficiencia para desempeñar su función reguladora. Además, se estudian personas que están aún en edad laboral, para asegurar la riqueza que ofrece el estudio en los diferentes contextos de la vida de las personas.

Para realizar el cálculo de la muestra, se utiliza un muestreo probabilístico (aleatorio simple), y se realizan los siguientes pasos. Primero se toma del archivo de datos de la policlínica del área de salud, el registro y control de la población, para conocer la población general existente. De la población general declarada, un total de 17 168 *personas* cumplen con el segundo criterio de inclusión establecido, y se les resta el número de pacientes registrados dentro del grupo de personas con secuelas, que representan sólo el 2 % de esa población, a pesar de tener edades comprendidas en los rangos establecidos. Así, nuestra población objeto de estudio es de 16 926 *personas*, es decir, *todas las personas que se encontraban entre las edades de 18 a 60 años sin secuelas, registrados en el área*. Se realiza el cálculo de la muestra en una población finita, mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}}{1 + \left(\frac{1}{N}\right) \cdot \left(\frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}\right)}$$

Donde:

$$z = 1.96 \quad q = 0.5$$

$$e = 0.1 \quad p = 0,5$$

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

El resultado es n = 96. Esta cantidad de personas se redondea a 100 sujetos, pues según Sampier (1991), 100 elementos o más en una muestra, es un número aceptado para realizar estadística inferencial en ciencias sociales, y para facilitar el análisis porcentual. Se calcula el error muestral resultando e = 0.009768. Luego de estas aclaraciones se exponen los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la selección de los casos.

Criterios de inclusión

- § Estar registrado en los grupos dispensarizados de población supuestamente sana, población en riesgo y población enferma
- § Tener una edad comprendida entre 18 a 60 años
- § Participar voluntariamente en la investigación

- § No poseer incapacidad física o psíquica que impida la comprensión de las técnicas, y la obtención de valoraciones personales independientes
- § Ser residente permanente del área de salud seleccionada por no menos de un año

Criterio de exclusión

- § Estar hospitalizado por afectación de salud en el momento de la investigación
- § Presentar cualquier tipo de discapacidad mental.
- § Estar registrado dentro del grupo dispensarizado de personas con secuelas

De manera general, las características que predominan en la muestra son: 57% del sexo femenino, 45% de casados, 38% del nivel medio superior, 79% son laboralmente activos, 45% blancos, 46% de ocupación técnica y 49% en edades entre 37 a 47 años. El estado de salud física que predomina en la muestra es de personas sin padecimientos o enfermedad física o psíquica declarada (45%) y 40%, que presenta algún padecimiento actualmente controlado, lo que constituye el 85 % de la muestra estudiada, y el otro 15 % son enfermos (Anexo 2).

2. 4. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Se evalúan *tres tipos de variables*: la variable *determinantes psicológicos de la valoración personal*, la variable *valoración de los contextos de vida* y la variable *valoración del estado de salud actual*, todas ellas declaradas como participantes en la multideterminación de la CVP y por ello estudiadas. La variable contextos de vida representa la dimensión espacial en el que se materializan los contenidos psicológicos (aspiraciones, expectativas, logros, etc.) por lo que analizar cómo se valoran dichos contextos refuerza el análisis desde la perspectiva de estudio seleccionada y facilita la comprensión clínica de la valoración que ofrece la persona respecto a su CV.

La variable valoración del estado de salud actual se analiza para analizar su comportamiento respecto a las valoraciones de buena, aceptable, pobre y mala CV, al conocer a partir de estudios anteriores de la autora y referidos en la literatura (Remor, 2002; Butler, 2003; Mc Kcee, Díaz y Vázquez, 2006; Rodríguez y

Rodríguez, 2008), que personas enfermas y sanas, pueden valorar positiva o negativamente su CV, además de reconocer, que la salud es un importante indicador social y personal de la CV .Se procede de inmediato a ofrecer las definiciones de cada variable estudiada.

Variables

A. Variable determinantes psicológicos de la valoración personal: Se define como el conjunto de factores psíquicos y comportamentales que participan en las relaciones intra e interindividuales con el medio y, por tanto, inciden en las evaluaciones y valoraciones sobre los objetos y fenómenos de la realidad. Esos factores son: *el tono afectivo general, los estilos de afrontamiento, los estados psicopatológicos, la autovaloración, las relaciones interpersonales, el alcance de las aspiraciones, las expectativas temporales de logros, las vivencias psíquicas, y el grado de satisfacción con lo logrado*. Los factores evaluados son resultado de la consulta bibliográfica y consecuencia empírico/conceptual de investigaciones precedentes realizada por la autora, y constituyen algunos componentes claves del concepto ofrecido en su modelo.

1. Tono afectivo general: Es la tendencia afectiva que predomina en las personas, y se asocia a la visión optimista o pesimista de la vida, y al nivel de tolerancia en la relación individuo – medio. Constituye un importante indicador del grado de adaptación, el cual se mantiene dentro de niveles bastante constantes, propiciando estados psicológicos positivos o negativos duraderos con repercusión sobre las valoraciones en el sujeto. Se operacionaliza como:

1.1. Predominio del tono afectivo positivo: Forma predominantemente optimista, alentadora, positiva, que mantiene y expresa una persona ante los sucesos de su vida y la valoración de ellos. Incluye una postura perseverante de esperanza, aceptación y tolerancia, relacionada con metas logradas o por alcanzar. Puede ser muy positivo o positivo, según lo referido por la persona evaluada.

1.2. Predominio del tono afectivo negativo: Forma predominantemente pesimista, desalentadora, negativa, que mantiene y expresa una persona ante los diferentes sucesos que acontecen en su vida. Incluye una postura poco perseverante, o de insatisfacción y fracaso ante el no logro de sus aspiraciones o deseos y de

poca tolerancia ante obstáculos y dificultades. Se valora como negativo o muy negativo por la referencia personal.

Fuente: Registro de datos (preguntas sobre sí mismo), Dembo Rubinstein (posiciones en las gráficas), Completamiento de Frases (Ítems 1,5, 19,16, 25, 23), escala valorativa de CVPV (Incisos a y d).

2. Estilos de afrontamiento: Es la tendencia predominante de los sujetos a usar preferentemente un tipo de esfuerzo cognitivo y conductual con intencionalidad a la hora de manejar demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellos, que ponen a prueba o exceden los recursos de que disponen o creen disponer. Los estilos facilitan la selección de estrategias de afrontamiento situacionales (menos estables), al tener en cuenta las exigencias del medio o aquellas que se salen de la rutina y, por tanto, requieren algún esfuerzo y facilitar el control o el ajuste necesario, utilizando métodos activos o pasivos, con mayor o menor resultado en su eficiencia adaptativa y el control personal. A continuación se define que se entiende por los aspectos mencionados:

Afrontamientos activos: Representados por conductas, acciones y pensamientos que promueven y utilizan métodos de mayor movilidad en el plano externo del comportamiento y movilizan esfuerzos para los distintos tipos de solución a la situación o su compensación, y en los que se intenta manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza ante la creencia de que el agente estresor puede ser controlado.

Afrontamientos pasivos: Representados por conductas, pensamientos y acciones que utilizan métodos más pasivos, al no hacer nada directamente sobre la situación, simplemente se espera a que cambien las condiciones, se evade su enfrentamiento y la resolución del problema.

Afrontamiento controlado: Muestra la correspondencia entre las exigencias internas o externas que demanda la situación y el estilo de afrontamiento utilizado, y con ello, eficacia en la conducta facilitándose el control emocional.

Afrontamiento descontrolado: Muestra la insuficiente correspondencia entre las exigencias internas o externas que demanda la situación y el estilo de afrontamiento utilizado, y con ello, se dificulta la eficacia en la conducta y control emocional.

Atendiendo a los aspectos señalados en el estudio los estilos de afrontamiento se operacionaliza como:

2.1. Estilos de afrontamiento activo controlado: Estilos centrados en la solución del problema o en la regulación de la emoción, en los que se utilizan mecanismos, acciones y pensamientos activos con el objetivo de confrontar la realidad, manejar las consecuencias e intentar construir una situación real o mental más satisfactoria, existiendo congruencia entre la creencia y las condiciones existentes, lo que facilita el control sobre las reacciones emocionales, conductuales y la adaptación sostenida.

2.2. Estilos de afrontamiento activo descontrolado: Estilos centrados en la solución del problema o en la regulación de la emoción, en los que utilizan mecanismos, acciones y pensamientos activos caracterizados por la desorganización al creer que el agente estresor puede ser controlado, pero las condiciones reales existentes no lo permiten y, por ello, el objetivo de confrontar la realidad, manejar las consecuencias e intentar construir una situación real o mental más satisfactoria se obstaculiza sensiblemente, y se dificulta el control y la adaptación adecuada.

2.3. Estilos de afrontamiento pasivo controlado: Estilos centrado en la solución del problema o en la regulación de la emoción, que utilizan mecanismos pasivos como son la negación, pensamientos que evitan o dilatan el enfrentamiento directo con el estresor, delegar en otras personas, confiar en la solución natural de los problemas para controlar la situación y las emociones provocadas por los problemas y mantener el equilibrio afectivo, resultando exitosos pues el medio, la decisión a tomar, o el problema, permiten esa forma de afrontar para solucionarlas o aminorarlas lográndose el dominio de las reacciones emocionales y conductuales.

2.4. Estilos de afrontamiento pasivo descontrolado: Estilos centrados en la solución del problema o en la regulación de la emoción que utilizan mecanismos pasivos que no logran controlar la situación ni las emociones provocadas por los problemas y mantener el equilibrio afectivo, pues el medio, la decisión a tomar, o el problema, exigen otra forma de afrontar para solucionarlas o aminorarlas.

Fuente: Registro de estilos de afrontamiento, Escala Valorativa Dembo-Rubinstein (preguntas 7, 8), Completamiento de Frases (Ítems 7, 12, 13, 19, para valorar sensación de control y las dos preguntas finales), y el análisis del caso a través de la interpretación psicológica realizada por el método clínico.

3. Presencia de estados psicopatológicos: Son aquellas manifestaciones, signos y síntomas psíquicos patológicos, transitorios o prolongados que, por su repercusión sobre los procesos y propiedades de la personalidad, llevan a una relación no armónica de los individuos con su medio ambiente (ejemplo: frustración, depresión, ansiedad), y cumplen los requisitos de tiempo, duración, intensidad y causalidad, en su carácter patógeno. Se operacionaliza como:

3.1. Ausencia de estados psicopatológicos: La ausencia de signos y síntomas psicopatológicos, que pueden ser referidos por el propio sujeto, o descartados desde el punto de vista clínico, al no observarse manifestaciones de estados psíquicos negativos, o que los que existen son de muy poca intensidad, duración y estabilidad, sin llegar a valorarse un síndrome o entidad psicopatológica.

3.2. Presencia de estados psicopatológicos compensados: La manifestación positiva de signos y síntomas psicopatológicos, que pueden ser referidos por el sujeto u observados clínicamente, pero que se muestran atenuados en el momento de la evaluación, al valorarse su intensidad, tiempo de duración y repercusión en el comportamiento y las emociones.

3.3. Presencia de estados psicopatológicos descompensados: La manifestación positiva de signos y síntomas psicopatológicos productivos, que pueden ser referidos por el sujeto u observados clínicamente ante la presencia de estados psíquicos negativos de gran intensidad, duración y repercusión en el comportamiento y las emociones, llegando a valorarse un síndrome o entidad psicopatológica.

Fuente: Registro de Datos (APP+), Completamiento de frases (bloque de ítems del 1, 3, 5, 7, 12, 13, 19, y 17, 18, 25), Dembo-Rubinstein (Pregunta 8), Escala Valorativa de CVPV (Inciso d), valoración clínica de expresiones verbales, inflexiones de la voz, facie general, apariencia personal, signos y síntomas clínicos psicopatológicos manifiestos.

4. Autovaloración: Es una formación psicológica compleja que facilita regular por sí misma la conducta, los pensamientos, las emociones, y constituye una de las formas superiores de autorregulación. Se define como un nivel de desarrollo de la autoconciencia a través del cual el individuo valora sus cualidades. En la medida en que el hombre se conozca y se valore, así se conduce. Se establece la siguiente operacionalización a partir del criterio de adecuación y estabilidad:

4.1. Autovaloración adecuada: Cuando se observa una tendencia a ofrecer criterios sobre cualidades de sí mismo, capacidades o realidades, que reflejan un adecuado conocimiento de ellas, o una evaluación correcta ante las exigencias del medio, lo cual promueve ajustes y éxitos, lográndose una correspondencia entre logros y aspiraciones .

4.2. Autovaloración fluctuante: Cuando se ofrecen criterios en los que alternan valoraciones adecuadas y otras inadecuadas sobre cualidades de sí mismo, capacidades o realidades, reflejo de inestabilidad en la tendencia autovalorativa del individuo, y que provocan dificultad para diagnosticar la autovaloración como adecuada o inadecuada, por lo que se valora como indeterminada y, con ello, se aprecia cierta dificultad para mantener estable el ajuste al medio y la correspondencia entre aspiraciones y logros.

4.3. Autovaloración inadecuada: Cuando se observa una tendencia a ofrecer criterios sobre cualidades de sí mismo, capacidades o realidades, que reflejan un inadecuado conocimiento de ellas, o una evaluación incorrecta ante las exigencias del medio, lo que ocasiona dificultades para lograr éxito y ajuste al medio y por tanto correspondencia entre lo que se aspira y se logra. La inadecuación puede ser por exceso, cuando las opiniones sobrepasan las posibilidades reales o se exageran las valoraciones, y por defecto, cuando ocurre lo contrario.

Fuente: Registro de datos (preguntas sobre sí mismo y su relación a otros), Dembo-Rubinstein, Escala Valorativa CVPV (Incisos b y c) Completamiento de frases (Ítems 1, 17, 21, 23, 26), valoraciones clínicas durante el estudio de casos a profundidad.

5. Relaciones interpersonales: Calidad de los vínculos afectivos y emocionales con otras personas, que se expresan a través de las relaciones interpersonales en los diferentes contextos de la vida y en las valoraciones

sobre la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos. Se operacionaliza como:

5.1 Relaciones interpersonales muy positivas: Cuando la persona evaluada valora predominantemente como muy positivas sus relaciones interpersonales, expresión de la calidad del vínculo que se establece, seleccionando predominantemente la categoría muy positiva en los instrumentos en los cuales se recoge

información sobre él, integrándose todos los contextos evaluados, y las apreciaciones cualitativas del estudio del caso sobre la calidad de las redes de apoyo valoradas por el evaluado.

5.2. Relaciones interpersonales positivas: Cuando la persona evaluada valora predominantemente como positivas sus relaciones interpersonales, expresión de la calidad del vínculo que se establece, seleccionando predominantemente las categorías positivas en los instrumentos en los cuales se recoge información sobre él, integrándose todos los contextos evaluados, así como las apreciaciones cualitativas del estudio del caso sobre la calidad de las redes de apoyo que dispone.

5.3. Relaciones interpersonales negativas: Cuando la persona evaluada valora como negativas sus relaciones interpersonales, expresión de la dificultad en la calidad del vínculo que se establece, seleccionando predominantemente las categorías negativas en los instrumentos en los cuales se recoge información sobre él, integrándose todos los contextos evaluados, y las apreciaciones desfavorables sobre la calidad de las redes de apoyo en el estudio de caso.

5.4. Relaciones interpersonales muy negativas: Cuando la persona evaluada valora como muy negativas sus relaciones interpersonales, expresión de la dificultad en la calidad del vínculo que se establece, seleccionando predominantemente las categorías muy negativas en los instrumentos en los cuales se recoge información sobre él, integrándose todos los contextos evaluados, y las apreciaciones cualitativas muy desfavorables sobre las redes de apoyo ofrecidas por él en el estudio de caso.

Fuente: Registro de Datos (valoración de las relaciones familiares, laborales, sociales), Completamiento de frases (Ítem 22), Escala Valorativa de CVPV (vínculos y lazos afectivos, Incisos a- d).

6. Expectativas temporales de logros: Apreciación subjetiva de la posibilidad de logro de las aspiraciones, objetivos o metas trazadas, estimadas en plazos de tiempo. Estas serán categorizadas según la referencia que marque la persona evaluada en:

6.1. Corto plazo: Cuando se valora la posibilidad de lograr aspiraciones, objetivos y metas a corto plazo, que puede ser desde un día hasta un año.

6.2. Mediano plazo: Cuando se valora la posibilidad de lograr aspiraciones, objetivos y metas a mediano plazo, que puede considerar desde más de un año hasta cinco años.

6.3. Largo plazo: Cuando se valora la posibilidad de lograr aspiraciones, objetivos y metas a largo plazo, que puede ser desde seis hasta veinte años.

6.4. Nunca: Cuando no se valora la posibilidad de lograr aspiraciones, objetivos y metas en ninguno de los plazos descritos, y darse como imposible la adquisición de esas metas y objetivos.

Fuente: Dembo-Rubinstein (preg. 6), escala valorativa CVPV (inciso c), completamiento de frases (ítems 6, 14, 26, 29).

7. Aspiraciones logradas: Conjunto de metas y objetivos que la persona tiene logrado, las cuales están en correspondencia con sus intereses y necesidades jerarquizadas. Estas serán categorizadas según la referencia que marque la persona evaluada en:

7.1. Alcanzadas: Cuando las metas y objetivos planteados se han logrado y están en correspondencia con intereses y necesidades jerarquizados.

7.2. Casi alcanzadas: Cuando existen metas y objetivos planteados alcanzados, pero quedan algunos por lograr, vinculados a intereses y necesidades jerarquizados.

7.3. Poco alcanzadas: Cuando existen pocas metas y objetivos alcanzados, y se valora que muchas de sus aspiraciones y metas vinculadas a intereses y necesidades jerarquizadas, no se han podido alcanzar.

7.4. No alcanzadas: Cuando las metas y objetivos que se plantea la persona, se valoran como no alcanzadas, o muy poco logradas las aspiraciones y metas vinculadas a intereses y necesidades jerarquizadas. Están casi ausentes.

Fuente: Escala valorativa (inciso b) Dembo-Rubinstein (pregunta 5), Completamiento de frases (Ítem 16, 18, 26, 29) y valoraciones clínicas del investigador.

8. Grado de satisfacción con lo logrado: Expresa el nivel de complacencia que experimenta el sujeto por diferentes adquisiciones materiales o espirituales que posee, y expresa su sentir ante lo obtenido, manifestándose en índices de satisfacción. Se operacionaliza a través de la apreciación subjetiva sobre el nivel de satisfacción que la persona expresa ante ellos en:

8.1. Muy satisfecho: Cuando la persona se siente muy complacida con los bienes materiales o espirituales que posee.

8.2. Satisfecho: Cuando la persona se siente complacida con los bienes materiales o espirituales que posee

8.3. Poco satisfecho: Cuando la persona se siente poco complacida con los bienes materiales o espirituales que posee.

8.4. Insatisfecho: Cuando la persona se siente no complacida con los bienes materiales o espirituales que posee.

Fuente: Escala valorativa (Inciso a), Dembo-Rubinstein. (preg, 5, 8, ubicación gráfica), Completamiento de frases (Item 6, 21, 23, 29).

9. Vivencias psíquicas actuales: Es la experiencia emocional frente a objetos y fenómenos de la realidad y refleja el grado de significación e internalización que tienen los mismos para el sujeto. Son expresión e indican el sentir, el aspecto interno dinámico de las personas ante la realidad en que viven. Las vivencias constituyen un importante componente de los estados psíquicos, pero éstos no se reducen a ellas. Participan como elemento dinamizador y estabilizador en la relación individuo medio y son favorecedoras de apreciaciones positivas o negativas que caracterizan al sujeto y su equilibrio emocional.

En el estudio se explora la vivencia frente aspiraciones, metas u objetivos que se ha planteado la persona y se evalúa por el predominio de apreciaciones personales que ofrezca al respecto y por las alternativas que selecciona en los instrumentos. Se operacionaliza como:

9.1. Predominio de vivencias psíquicas muy positivas: Cuando el individuo valora de forma muy positiva la experiencia emocional ante hechos y circunstancias que acontecen en el camino hacia el logro de objetivos y metas significativas.

9.2. Predominio de vivencias psíquicas positivas: Cuando el individuo valora de forma positiva la experiencia emocional frente a los hechos y circunstancias que acontecen en el camino hacia el logro de objetivos y metas significativas.

9.3. Predominio de vivencias psíquicas negativas: Cuando el individuo valora de forma negativa la experiencia emocional de no lograr algo deseado, y que puede ser indicativo de mucha significación o valía en el momento actual para el individuo.

9.4. Predominio de vivencias psíquicas muy negativas: Cuando el individuo valora de forma muy negativa la experiencia emocional al no lograr algo deseado, y que puede ser indicativo de mucha significación o valía en el momento actual para el individuo.

Fuente: Escala Valorativa de CVPV (inciso d de toda la prueba), Completamiento de frases (ítems 1, 5, 13, 19, 25), Dembo Rubinstein (preg. 8), Registro de Datos (valoraciones sobre posición en el hogar, con respecto a otros en los diferentes contextos, satisfacción consigo mismo).

B. Variable valoración de los contextos de vida Representada por la percepción y evaluación de las diferentes áreas o espacios de la vida cotidiana en que se desarrolla la vida de los sujetos, donde se materializan los logros, las aspiraciones, las vivencias, las relaciones interpersonales y la influencia de factores sociales, mediante la participación más o menos activa o protagónica del individuo Estas áreas son: *familiar, social, laboral y personal, cada una de ellas se define como:*

Contexto familiar: Representa el medio en el que vive la persona, incluye las relaciones y el ambiente familiar más cercano a la persona evaluada, las condiciones de vida y las funciones que desempeña en el mismo.

Contexto social: Representa el medio social más cercano a la persona, incluye las facilidades de contacto y calidad de relaciones con amigos y vecinos, el ambiente social de los lugares que más frecuenta y donde vive, las facilidades de acceso (materiales o satisfacciones espirituales) para establecer contacto y compartir con otros.

Contexto laboral: Representa el medio en el que trabaja la persona, incluye las relaciones y el ambiente laboral más cercano a la persona evaluada, las condiciones de trabajo y las funciones que desempeña en el mismo.

Contexto personal: Representa el medio más íntimo personal, incluye sus aspiraciones y motivaciones más importantes (materiales o satisfacciones espirituales) el logro de metas y roles desempeñados para valorar aceptación y autorrealización personales, así como la calidad de relaciones afectivas con personas consideradas muy importantes para la persona.

Esta variable se operacionaliza para cada contexto como:

1. Buena CVPV: Cuando predominan las apreciaciones muy positivas sobre el contexto que se evalúa en las valoraciones clínicas, en las diferentes técnicas utilizadas y se obtiene más de 76 % en la calificación parcial cuantitativa del contexto específico en la escala valorativa de CVPV.
2. Aceptable CVPV: Cuando predominan las apreciaciones positivas sobre el contexto que se evalúa en las diferentes técnicas utilizadas y se obtiene de 75 a 51 % en la calificación parcial cuantitativa del contexto en la escala valorativa de CVPV.
3. Pobre CVPV: Cuando predominan las apreciaciones negativas sobre el contexto que se evalúa y se obtiene una la calificación parcial cuantitativa del contexto de 26 a 50% por ciento, en la escala valorativa de CVPV.
4. Mala CVPV: Cuando predominan las apreciaciones muy negativas sobre el contexto que se evalúa y se obtiene un por ciento igual o por debajo de 25 % en la calificación parcial cuantitativa del contexto en la escala valorativa de CVPV

Fuente: Escala Valorativa de CVPV (Calificación cuantitativa parcial de cada contexto), Registro de datos (percepciones en relación con otros miembros integrantes en cada contexto, posición jerárquica de los contextos, grado de afectación personal por el período especial de cada contexto), Dembo Rubinstein (posición en la gráfica de cada contexto), Completamiento de frases (valoraciones clínicas de contenidos proyectados vinculados de manera explícita a cada contexto).

C. Variable valoración del estado de salud actual Representada por la percepción y evaluación del estado de equilibrio de las funciones físicas y psíquicas del organismo. Es expresión de evaluación que se realiza sobre la participación e integración armónica de aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el sujeto, y del medio donde se desarrolla, de manera que favorecen un desempeño adecuado, coherente con las condiciones y potencialidades reales del individuo, todo lo cual provoca equilibrio y estabilidad física y mental.

Se operacionaliza como:

1. Ausencia de enfermedad o padecimientos: Cuando el sujeto expresa que no presenta enfermedad alguna diagnosticada en el momento de la evaluación.
2. Presencia de enfermedad o padecimientos controlados: Cuando el sujeto expresa y presenta algún desequilibrio de funciones del organismo, pero las valora como no limitante.

3. Presencia de enfermedad o padecimientos activos: Cuando el sujeto expresa y presenta algún padecimiento

o desequilibrio en alguna función del organismo con una sintomatología productiva, que es valorada por el individuo como limitante o importante en su vida.

Fuente: Registro de datos (APP, APF, percepción de la limitación) Dembo-Rubinstein (ubicación en la gráfica de salud, concepto que ofrece de salud), Escala Valorativa de CVPV (puntuación general obtenida en contexto enfermedad). Se complementa la información a través del Completamiento de frases (Ítems 1, 4, 5, 7, 9, 15, 19, 27).

En cada técnica se evalúan las variables que se analizan en el estudio, por lo que la influencia de las mismas en el diagnóstico de la categoría de CVPV en que queda ubicado el sujeto, Finalmente, los análisis llevan a realizar la ubicación de los sujetos en cuatro categorías de CVPV, asumiendo la siguiente definición:

D. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA VIVENCIADA (CVPV): Es la expresión valorativa global de un estado psicológico dinámico y relativamente estable, presente en el individuo, resultado y reflejo de la valoración sobre lo logrado, lo que aspira y lo que espera alcanzar, en correspondencia o no, con los elementos jerarquizados de esa individualidad, que dan sentido a la su vida, permitiendo a la persona el equilibrio con el medio. Se operacionaliza como:

1. Buena CVPV: Es la valoración resultante de la relación entre lo actual, lo aspirado y lo esperado por el sujeto, donde lo actual es igual o muy cercano a lo que aspira, o cuando se espera alcanzar lo aspirado predominantemente a corto plazo, y en menor proporción a mediano y largo plazo. Puede determinarse por el estudio integral del caso, como resultado del predominio de las categorías más positivas en el diagnóstico.

2. Aceptable CVPV: Es la valoración resultante de la relación entre lo actual, lo aspirado y lo esperado por el sujeto, donde lo actual es aproximado a lo aspirado, o cuando se espera alcanzar lo aspirado predominantemente a mediano plazo, y en menor proporción a corto y largo plazo. Puede determinarse por el estudio integral del caso, como resultado del predominio de categorías positivas en el diagnóstico.

3. Pobre CVPV: Es la valoración resultante de la relación entre lo actual, lo aspirado y lo esperado por el sujeto, donde lo actual no es aproximado a lo aspirado, o cuando espera alcanzar lo aspirado

predominantemente a largo plazo, y en menor proporción a mediano y corto plazo. Puede determinarse por el estudio integral del caso, como resultado del predominio de categorías negativas en el diagnóstico.

4. Mala CVPV: Es la valoración resultante de la relación entre lo actual, lo aspirado y lo esperado por el sujeto,

donde lo actual no es igual y sí muy lejano a lo aspirado, o cuando los plazos de alcance de lo aspirado se ven muy lejanos o a muy largo plazo, estando a veces hasta ausentes las expectativas de logros a plazos medianos y menos de corto plazo. Puede determinarse por el estudio integral del caso, como resultado del predominio de las categorías más negativas en el diagnóstico.

Cada uno de los componentes (o partes integrantes de la variable CVPV) se define de la siguiente forma:

Lo actual es equivalente a la cuantía de bienes materiales o satisfacciones y logros espirituales que tiene el individuo, es decir, lo existente en el momento de la evaluación, sin ser necesariamente propuestos conscientemente por la persona mediante metas y aspiraciones. En él no se desestima aquello que se valora como fortalezas y adquisiciones para conservar el sentido de la vida.

Lo logrado son los aspectos que el individuo ha adquirido (material o espiritual), considerados importantes por él mismo, y que se han formulado a través de metas y objetivos que responden a sus intereses y necesidades, Este componente marca experiencias y vivencias emocionales que pueden asumirse como fortalezas o debilidades para la vida con calidad.

Lo aspirado es lo que no se tiene y lo que se considera como algo importante o esencial planteado en metas o proyecto de alcance de manera consciente. Este aspecto incide sobre la fuerza incentivadora de la acción y revela la proyección futura del sujeto.

Lo esperado se define como la relativa certeza de alcanzar los bienes y satisfacciones que se desean tener y que se consideran importantes. Se vincula con las esperanzas, o no, de mejorías, mantenimientos, y con la visión positiva, en la relación con el medio interno o externo.

Lo esencial jerarquizado se atribuye a las cuestiones claves (materiales o espirituales) para el individuo (no sólo necesarias, sino aquellas consideradas prioridades individuales para sentirse bien y estar bien). Este

componente contempla el ordenamiento de esas prioridades y los aplazamientos que se valoren como necesarios, si las exigencias del momento lo requieren

Fuente: Registro de datos (Anexo 3, Tablas de resumen)

A continuación, se describen las diferentes técnicas utilizadas, y el procedimiento de análisis clínico utilizado, que facilitó el análisis a profundidad y la caracterización individual de los casos estudiados.

2.5. MÉTODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

2.5. a. Registro de datos (Anexo 3)

Este se aplica como una entrevista estructurada a profundidad, y tiene dos objetivos fundamentales: (1) recoger la información acerca de los atributos sociodemográficos controlados y toda una serie de informaciones útiles para el análisis cualitativo en el estudio de caso, (2) integrar los resultados de los diferentes instrumentos empleados para facilitar el procesamiento estadístico de los mismos.

Es una técnica sociopsicológica que resulta económica, y permite de manera específica valorar los contextos de vida estudiados: personal, familiar, laboral, social. Se analizan elementos de autosatisfacción, apreciaciones de la situación actual del país, y permite el contacto cara a cara con el evaluado facilitando observaciones directas vinculadas a valoraciones que se ofrecían relacionadas con los aspectos psicológicos que se controlaban, por ejemplo, la presencia de estados psicopatológicos (Anexo 3).

2.5. b. *Completamiento de Frases* (Anexo 4)

En este trabajo se utilizó uno adaptado por la autora en 1992, para el estudio de la CV en pacientes egresados de la sala de cuidados intensivos, que luego fue perfeccionado y validado (Anexo 1). Consta de 30 ítems que evalúan vivencias psíquicas actuales, percepción de la enfermedad, logros y aspiraciones, el nivel de autosatisfacción o satisfacción personal, conformando tres bloques principales:

- Bloque A. Vivencias psíquicas actuales (ítems 1, 3, 5, 7, 12, 13, 19, 21)
- Bloque B. Percepción de la enfermedad (ítems 9, 11, 15, 27)
- Bloque C. Autosatisfacción personal (ítems 6, 8, 10, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30)

Los ítems 2, 4, y 14 se consideran ambiguos o distractores y su análisis y calificación dependerá del contenido que en ellos se exprese. Se añade a la técnica una pregunta de re- test, donde el evaluado debe seleccionar una de las alternativas dadas según la intensidad que le confiere a lo expresado para sentirse actualmente bien o mal, en las categorías de: muy poco, poco, mucho, bastante (Anexo 4). Esta acción permite que la técnica se aplique a profundidad, pues el retest ya lo es de facto, pero agregar un valor que indique intensidad positiva o negativa a la información recogida, requiere una mayor elaboración y análisis de los sujetos, e incrementa el nivel de profundidad de la respuesta para su interpretación e integración por el especialista que lo analiza.

En el caso de ser positiva la respuesta, es decir que lo expresado favorece sentirse bien verbalmente expresado en el retest, se le otorga un signo + y se le confiere una puntuación descendiente de mayor a menor, que va desde 4 a 1 punto, de manera tal que la mayor intensidad indica la vivencia más positiva y viceversa; y un signo - si es negativa con un valor igualmente descendiente con el mismo significado. El signo positivo o el negativo se utilizan para diferenciar la intensidad en dirección al malestar, o el sentido contrario, es decir, para sentirse bien en la actualidad. Esta puntuación es además equivalente para la categoría de CVPV es decir, + 4 y +3 son equivalente para buena CVPV; +2 +1 para aceptable. Las puntuaciones - 4 y - 3 para mala calidad y -2 y - 1 para la categoría pobre. Este análisis sirve para ubicar el contenido de los aspectos psicológicos del ítem. Estas puntuaciones son expresión del trabajo desplegado dentro de la metodología cualitativa para reducir y controlar la información que se recoge.

La calificación cualitativa de cada ítem se hace por el contenido que expresa, es decir, si es positivo o es negativo y la dirección positiva o negativa del retest. En los casos que sea difícil encuadrar en estas dos categorías la respuesta ofrecida, se designa como neutral y no se utiliza para la calificación cuantitativa final de la técnica, pero se utiliza de forma cualitativa en el análisis de la técnica y del ítem.

Se confecciona una hoja de perfil que permite de forma rápida valorar la posición predominantemente positiva o negativa reflejada por el sujeto evaluado en la prueba (Anexo 4). Se agregan, al final de la técnica, dos

interrogantes que ayudan a clasificar los estilos de afrontamiento según lo establecido en la definición de esta variable, resultado del perfeccionamiento de esta técnica en la investigación realizada en la etapa precedente.

Las puntuaciones obtenidas en cada ítem, son utilizadas desde un punto de vista cuantitativo para ubicar el diagnóstico de la técnica en uno de las cuatro categorías de CVPV establecidas. Para ello, el predominio de aspectos positivos, y puntajes de + 4 y + 3 en el retest, indica la ubicación en la categoría buena calidad de vida, si predomina el + 2 y +1, es para aceptable. Si predomina la proyección de aspectos negativos en la técnica, con puntajes -1 y - 2, se ubica en pobre de calidad de vida, y si el puntaje es de -3 y -4, en mala calidad de vida.

2.5. c. Escala autovalorativa Dembo – Rubinstein (Anexo 5)

El objetivo tradicional de esta técnica es diagnosticar la autovaloración y conciencia de la enfermedad en adultos y en niños. En la investigación se utiliza con dos objetivos: (1) evaluar la autovaloración y (2) valorar la CVPV (esta última sobre la base de la información que el sujeto nos brinda al colocarse en la gráfica).

En el estudio se usa una variante que consta de ocho parámetros con líneas verticales de 15 cm., que se presentan en hojas separadas, o se cubre la línea que se contesta por el sujeto, para no contaminar resultados.

Los parámetros son los siguientes:

- *Calidad de vida personal*
- *Calidad de vida familiar*
- *Calidad de vida laboral*
- *Calidad de vida social*
- *Calidad de vida global*
- *Salud*
- *Felicidad*
- *Aspiraciones en la vida*

Se comienza la prueba preguntando al sujeto qué concepto tiene de CV. Las respuestas exponen una idea global del concepto en la muestra estudiada, y que se han plasmados en publicaciones realizados por la autora (Díaz, 2002). Se aplica individualmente con su instrucción tradicional. Se realiza un interrogatorio retest en cada uno de los parámetros para completar la técnica. Las últimas tres preguntas se utilizan además, para

complementar la información que contribuya a conformar un diagnóstico de los estilos de afrontamiento. (Anexo 5).

Las líneas de salud, felicidad y aspiraciones en la vida, se mantienen del protocolo original de la técnica, al considerar la autora, que son conceptos con los cuales se ha identificado la CV y resulta interesante su evaluación como información complementaria para las valoraciones de la CV que expresen los sujetos evaluados en los restantes parámetros. Pero su utilidad es mayor, para valorar y diagnosticar la autovaloración por el investigador.

Primero se diagnostica la tendencia autovalorativa del sujeto al ser el objetivo tradicional de la técnica. Para diagnosticar la autovaloración se sigue el criterio tradicional, o sea, conjuntamente con la ubicación en la gráfica, se valora la correspondencia o no con el contenido expresado en el interrogatorio y los conceptos ofrecidos. Por la ubicación gráfica se diagnostica de la siguiente manera:

- 0 a 5 cm: Autovaloración inadecuada por defecto
- 5 a 10 cm: Autovaloración adecuada
- 10 a 15 cm: Autovaloración inadecuada por exceso

Luego se valora la CVPV en la técnica. Para ello se aclara, que la ubicación en la gráfica por el sujeto, será el criterio directo que traduce la CVPV en cada parámetro. Para evaluar la CVPV, distribuimos los 15 cm. en cuatro intervalos que representan las cuatro categorías de calidad de vida (buena, aceptable, pobre y mala) de forma tal que, a la mitad superior, le corresponde aceptable y buena (rango positivo) y a la mitad inferior, pobre y mala (rango negativo).

- 13 a 15 cm: Buena CVPV
- 9 a 12 cm: Aceptable CVPV
- 5 a 8 cm: Pobre CVPV
- 0 a 4 cm: Mala CVPV

La tendencia general de ubicación directa en las líneas, traduce el diagnóstico de la CVPV en la técnica. Se confecciona un perfil para mostrar la tendencia obtenida finalmente (Anexo 5).

La pregunta dirigida a valorar la CV vinculada a los problemas de salud, resultó útil para valorar la postura activa del individuo ante esos problemas y se empleó también para ayudar a valorar el estilo de afrontamiento. Además, la ubicación en cada parámetro será utilizada para hacer corresponder ésta, con las categorías de *alcanzadas, casi alcanzada, poco alcanzada, y no alcanzadas*, respecto a las aspiraciones, de forma tal que si el sujeto se ubica en la parte más alta es equivalente a alcanzada; si en la porción superior, pero más cercano al punto medio, se corresponde con casi alcanzado, y así sucesivamente para los aspectos psicológicos que se analizan en esta técnica. Para las expectativas y vivencias no hay que hacer la aclaración pues en el protocolo de la técnica quedan contempladas las categorías que le corresponden.

2.5 .d. *Escala valorativa de calidad de vida percibida vivenciada (Anexo 6)*

El objetivo es permitir que el individuo exprese su valoración de forma directa y con diferentes grados de intensidad y alcance, respecto a la satisfacción, alcance de metas, plazos de expectativas de logros, con que se perciben los diferentes aspectos estudiados, en los diferentes contextos de vida. La escala fue diseñada por la autora y colaboradores (Díaz, Vázquez y Díaz, 1994), y luego validada (Anexo 1), para evaluar la calidad de vida percibida vivenciada (CVPV) en pacientes infartados, y es un instrumento nuclear de referencia de la CVPV.

En la escala se exponen de manera directa los contenidos psicológicos que definen el concepto de CVPV, y se exploraran los contextos de vida y el estado de salud actual (Anexo 6).

Se ofrecen cuatro posiciones a seleccionar y hacer corresponder cada una con las categorías de CVPV establecidas. Se decide realizar un procesamiento cuantitativo por contexto particular, y otro general para la técnica, al tener en cuenta que la calidad de vida puede ser valorada por componentes o de manera integral. Para su valoración se utiliza el análisis matemático a través de la tabla de por cientos, elaborada con el Dpto. de Matemática y Computación de la Universidad de Oriente.

En la técnica se estudian los contextos personal, familiar, laboral y social, y se agrega uno referido a enfermedad para complementar la información sobre la salud. Este último se aplica en los casos con

afecciones de salud físicas o psíquicas, diagnosticadas por criterio médico. En cada contexto (excepto en el que evalúa enfermedad), se ofrecen valoraciones dirigidas a:

- Percepción y valoración de la posición, status y rol que ocupa el sujeto
- Valoración de objetos y condiciones materiales, consideradas esenciales por el individuo
- Valoración de las relaciones interpersonales

Se define qué se entiende por cada uno de estos aspectos y se solicita la evaluación de cada aspecto en cuanto a: la satisfacción actual de su desempeño, alcance de las aspiraciones o logros en cada parámetro, expectativas de alcanzar lo que le falta, y las vivencias psíquicas ante el no logro de lo planteado como aspiración

El bloque dirigido a la enfermedad explora:

- *Percepción y vivencia de la enfermedad*
- Percepción y vivencia del tratamiento médico
- Valoración del criterio diagnóstico
- Valoración sobre evolución clínica
- Valoración de la relación médico-paciente
- Valoración sobre la rehabilitación

Esta técnica se aplica individualmente con su respectiva instrucción (Anexo 6). Para la calificación de la técnica, se tiene en cuenta que cada línea valorativa se divide en cuatro espacios iguales con puntuación de 4, 3, 2, 1, otorgándose la mayor calificación a las preguntas positivas o de mayor intensidad, en correspondencia con la pregunta. En el inciso d, la puntuación se invierte.

Se analiza cada contexto por separado, sumándose la puntuación obtenida en cada ítem. Ésta se convierte a por ciento y se busca en tabla, y se ubica en una de las categorías de CVPV en cada contexto.

Para diagnosticar la técnica general, se suma la puntuación de todos los contextos y se lleva a la misma escala general, para obtener el nivel de CVP en la escala.

- 100 -76 Buena calidad de vida percibida-vivenciada
- 75 - 51 Aceptable calidad de vida percibida-vivenciada
- 50 - 26 Pobre calidad de vida percibida-vivenciada
- 25 - 0 Mala calidad de vida percibida-vivenciada

Para el análisis porcentual, la puntuación máxima por contexto es 48; en el contexto enfermedad, 96; y la general de la técnica, 288 puntos. Cuando no se evalúa alguno de ellos se resta al total el dato de ese contexto, para llevar a la tabla el por ciento real que se obtiene.

En esta técnica los criterios temáticos dentro de la recogida del dato resultan esenciales, pues en cada contexto se utiliza la misma unidad de análisis y la misma codificación y categorías para la recogida del mismo, lo que facilita la integración de los resultados. Se crea también un perfil para facilitar la comprensión la información que la técnica ofrece (Anexo 6).

2.5. e. Listado sobre *estilos de afrontamiento* (Anexo 7)

Lazarus y Folkman (1986), afirman que son los modelos psicoanalíticos los que más interés han prestado al estudio del afrontamiento y sus instrumentos. Desde estas posiciones, los estilos de afrontamientos no son privilegiados, aspecto que, unido a la escasa validación de instrumentos en nuestro medio para estos fines, limitó la selección de uno de ellos para evaluar esta variable en el estudio realizado.

Unido a ello, en la actualidad (Folkman y Moskowitz, 2004) plantean que lo primordial en el análisis del afrontamiento es la descripción de lo que piensa y hace el individuo cuando realiza esfuerzos dirigidos a afrontar, su vínculo con las emociones (qué siente), aspectos que están ausentes en la mayoría de las técnicas utilizadas para evaluarlos, y se aboga por técnicas narrativas.

Por otra parte, el afrontamiento tradicionalmente se estudia en su relación con el estrés y la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986). Pero se reconoce el valor de estudiarlo dentro de otros contextos como la familia y el trabajo. (Pérez y Benasayag, 2006). Esto adquiere un significado importante, pues permite estudiar el fenómeno en la vida cotidiana y analizarlo como afrontamiento actual, vinculado a la adquisición de aspiraciones y logros, los cuales requieren de esfuerzos tanto en personas sanas como enfermas. No sólo se afrontan las situaciones que desbordan los recursos personales, sino también aquellas que se salen de la rutina, y que exigen tomar alguna decisión. En nuestro estudio se asume el análisis del afrontamiento desde esta perspectiva, y se estudia en su condición de estilo, tendencia actual que además es compartida por

Palmeiro y Fernández-Abascal (1999), Park y Folkman (1997) [citado por Folkman y Moskowitz, (2004)], y Reyes (2004).

Realizamos su evaluación fundamentalmente a través del método clínico, por las razones antes expuestas, auxiliándonos para ello además, de una lista de conductas y pensamientos que facilita la clasificación establecida de esta variable desde el punto de vista operacional. Para establecer esa lista, se utilizan las categorías contenidas en el cuestionario de estrategias de afrontamiento de Font (1990a). (Anexo 7).

El cuestionario describe un conjunto de acciones, conductas y pensamientos para clasificar las respuestas que ofrecen los sujetos en un tipo de afrontamiento. El listado tiene un total de 7 categorías de acciones o pensamientos, para clasificar el afrontamiento centrado en la solución del problema, y 7 para los centrados en la emoción.

Estos tipos de afrontamiento se asumen en la investigación, se agrega además, la clasificación de activos o pasivos utilizada por otros autores (Palmeiro y Fernández-Abascal, 1999) teniendo en cuenta los métodos y medios para afrontar, en los que se valora por dichos autores y se comparte, una mayor actividad que otros. Se aclara que la distinción entre activos y pasivos es solo funcional, ya que se reconoce que el solo hecho de afrontar es indicativo de una conducta.

Se valora además la posibilidad de control o no sobre la conducta para ambos. Se analiza el control, como un indicador de la eficacia del afrontamiento, partiendo de la afirmación (Lazarus y Folkman, 1986; Della y Landoni, 2005; Folkman y Moskowitz, 2004), de que afrontar no es equivalente a tener éxito y, al igual que las defensas, debe verse como algo que puede funcionar bien o mal en determinadas personas, contextos u ocasiones. Las proposiciones categoriales que se emplean, son del cuestionario original (Anexo 7). Se aclara que en el estudio de casos se pregunta a los sujetos qué hacen con frecuencia para afrontar, buscando tendencias y estilos personales de respuestas a través de sus propias narraciones.

El investigador maneja el listado, y no se le ofrece a los sujetos. Se da alguna ayuda al respecto, si el evaluado muestra alguna dificultad para describir que hace ante los malestares actuales, o para triunfar o sentirse bien, preguntas que se recogen en el completamiento de frases; y en el Dembo – Rubinstein, al

preguntar qué hacen en función de lograr mejores posiciones en cada parámetro, si se plantean superar la posición actual.

Las respuestas de los sujetos se registran en las técnicas y luego se integran para ubicarse en uno de los estilos definidos, apoyados en el listado referido. En los casos en que se dificulta la clasificación en uno u otro estilo, el análisis clínico decide su clasificación final, apoyado en observaciones y conversaciones informales recogidas durante la etapa de aplicación.

Después de precisar el tipo de estilo de afrontamiento que predomina en el sujeto (activo o pasivo), se procede a evaluar el grado de control que se asocia al mismo. Para ello se analiza, en los diferentes instrumentos, el predominio de vivencias psíquicas actuales (Pregunta 8 para cada parámetro en el Dembo – Rubinstein, los ítems 1, 3, 5, 7, 3, 12, 13, 5, 19 del Completamiento de Frases, y cualquier otra frase, que proyecte vivencias negativas o positivas, analizándose a la vez la intensidad del ítem recogido en la pregunta de retest del instrumento, otorgada por el sujeto (ver técnica), así como se valora el inciso (d) de toda la Escala Valorativa de CVPV. Estos análisis y valoraciones se tabulan manualmente en las categorías control (asociado a lo positivo) y descontrol (asociado a lo negativo). El predominio positivo es indicativo de estilos de afrontamiento que permiten el control y viceversa, tanto para los activos como pasivos.

Se integra a la valoración, la ubicación del caso respecto a la variable tono afectivo general, las relaciones afectivas, el grado de satisfacción con lo logrado y la variable *aspiraciones*, pues ellas expresan indirectamente la efectividad en afrontar y por tanto, mejor ajuste y control al medio. Una vez descritos y fundamentados los instrumentos aplicados, se procede a declarar el empleo y la utilidad del método clínico en el estudio realizado.

Método Clínico

El método clínico es ampliamente utilizado en la práctica clínica, en el diagnóstico de casos y en la psicoterapia, pero se reclama un mayor uso del mismo en el plano investigativo (González y Valdés, 1994). La presente investigación es una contribución a tal demanda, aclarando que su utilización es concebida como estrategia clínica para profundizar en la indagación de las variables e indicadores estudiados y para precisar

su evaluación e integración, y no como se utiliza de manera tradicional, donde se realiza una exploración detallada y minuciosa de la personalidad de los sujetos evaluados, y con ello, esclarecer causas o consecuencias de lo evaluado. Su uso en el estudio está más dirigido a comprender la valoración que ofrecía el sujeto, sin pretender explicar por qué o qué factores inciden sobre ella, con vistas a identificar nítidamente las regularidades y tendencias que con mayor frecuencia se presentan en las personas estudiadas, por lo que se emplea la entrevista de profundización, retest y la observación directa, según la información develada.

Su elección obedece, igualmente, al reconocer en él las posibilidades que brinda de trascender el diagnóstico, al propiciar momentos ineludibles de interacción con la persona evaluada (donde se llevan a efecto conversaciones y reflexiones que facilitan la comprensión clara de cada caso concreto, la ventilación de problemas, la toma de conciencia de fortalezas y debilidades frente a los aspectos evaluados en las técnicas, el mayor conocimiento de sí mismo, etc.), y de facilitar ayudas primarias, realizando acciones de intervención mínimas que redundan en mejoras para percibir y vivenciar la vida, y atribuir, por consiguiente, mayor impacto a los resultados de la investigación y al costo beneficio que ella reporta.

A continuación, se describen los pasos que se siguen para realizar el análisis clínico e integrar la información psicológica de los sujetos evaluados y que exponen el procedimiento seguido.

2.6 PROCEDIMIENTO

La aplicación del instrumental y evaluación de los participantes se realiza en condiciones y lugares que cumplen con requisitos establecidos de privacidad, espacio, motivación, lográndose un ambiente psicológico agradable y positivo durante la aplicación. Algunas personas son evaluadas en el consultorio del médico de familia, otros en el Centro Especializado Docente Asistencial de Psicología (CEDAP), y un grupo menor en sus propias casas, sin que existan interferencias que afecten el proceso diagnóstico.

Inicialmente se contacta de forma individual con las personas de la muestra, se explican los objetivos del estudio y, su voluntad de cooperar. Como consigna general se les informa que se realiza una investigación sobre CV, con el objetivo de conocer cuál es la valoración que cada persona tiene de su calidad existencial, y cómo se sienten en esa situación, donde él o ella si lo desea, puede formar parte de los encuestados, a

quienes se les aplican técnicas para recoger los criterios que ofrecen. Se elabora un documento para dejar constancia sobre el consentimiento informado, cumpliendo los requisitos éticos de las investigaciones en salud (Anexo 11).

Por lo general, se realizan tres sesiones de trabajo; aunque se tienen en cuenta diferencias individuales que demoran o agilizan la etapa diagnóstica. Se logra la relación empática necesaria que posibilita la obtención de un gran cúmulo de información importante en la aplicación, y la realización de reflexiones profundas acerca de la problemática individual.

PASOS A SEGUIR EN EL ESTUDIO

§ Primera Fase

- Se aplica el registro de datos y se realizan síntesis de aspectos cualitativos explorados que se vinculan con los aspectos a evaluar.
- Se aplica y se realiza la interpretación clínica del contenido expresado en el completamiento de frases, teniendo en cuenta las variables que se evalúan y utilizando, al tabular, los códigos establecidos en el estudio para cada variable (Anexo 9).
- Se registran además, cuestiones de interés que afloran de la observación y el diálogo espontáneo con el sujeto, al aplicar la técnica.
- Se analizan y valoran las áreas de conflictos vinculadas a los contextos de vida, y se identifican los contextos

priorizados por el sujeto. En este paso, se inicia el interrogatorio y análisis sobre el estilo de afrontamiento, al preguntarse directamente sobre éste, contemplado en el instrumento adaptado.

- Se plasma, en el perfil elaborado de la técnica, la intensidad asignada por el sujeto a cada ítem (en dirección positiva o negativa) durante el interrogatorio retest. Este es un momento importante para precisar el predominio de las vivencias y el tono afectivo general que proyecta el caso, y para diferenciar la presencia de malestares psicológicos provocados por alguna dificultad en el alcance de metas, objetivos, o por experiencias negativas asociadas con acontecimientos de la vida o de cualquier cuadro

sugestivo de psicopatología. Se analiza además, la tolerancia a las adversidades y si se muestra una postura optimista o viceversa.

- El perfil que se obtiene permite, en un primer instante precisar el predominio afectivo de la valoración (con inferencias directas e indirectas de síntomas o estados psicopatológicos), el predominio positivo o negativo de vivencias, valorar el control emocional, e inferir y analizar la correspondencia que se proyecta entre el nivel de logros y nivel de aspiraciones. Se comienza a precisar el tipo de autovaloración del sujeto evaluado. Se complementa el análisis precisando indicadores que revelen autoestima, auto aceptación, conocimiento de sí mismo desde la interpretación clínica y lo referido por la persona en el registro de datos.
- Con propósitos de triangulación, la información e interpretación obtenida en la técnica, se analiza y compara con lo recogido en el registro de datos (técnica que se aplica inicialmente), y se comienza el proceso de integración y reducción de datos, para precisar los aspectos que se estudian como variables. Se realiza un interrogatorio de profundidad, si la información obtenida lo requiere para precisar sobre ítems ambiguos y contradicciones detectadas. Este proceder es extensivo a los pasos siguientes.

§ Segunda Fase

- Se aplica y califica la metódica del Dembo- Rubinstein
- Se valora como elemento clave, el tipo de autovaloración, la estabilidad que presenta en los diferentes parámetros estudiados y se comienza a observar clínicamente de las funciones reguladora, valorativa y defensiva de la autovaloración y sus relaciones. Se enfatiza en el análisis del sistema NP y NL, y se comienza a precisar el alcance y proyección de aspiraciones y expectativas de logros, al preguntar directamente al respecto, y contrastar la información obtenida previamente.
- Se amplía la información sobre los contextos de vida, su importancia y jerarquía, así como el estado actual de cada uno de ellos, teniendo en cuenta la ubicación en la gráfica y el contenido expresado por el sujeto.
- Se profundiza sobre las aspiraciones y expectativas vinculadas a los contextos de vida, y en el papel que juega la autovaloración y su función valorativa respecto al alcance de éstas. Se valora la satisfacción con

el nivel de logros en los diferentes parámetros, y se indaga si se pronuncian o no, en dirección de nuevos objetivos y metas.

- Se analizan necesidades e insatisfacciones, el papel del medio en la obtención de éxitos o fracasos, las relaciones interpersonales con allegados, y su influencia para facilitar o entorpecer el alcance metas y objetivos propuestos.
- Se analiza, la estimación adecuada o no de los plazos de alcance de metas pendientes, teniendo en cuenta las posibilidades reales personales y externas y su vínculo con la tendencia autovalorativa diagnosticada. En este paso, se observa y precisa el tipo de afrontamiento, al valorarse clínicamente, en la exploración de cada parámetro de manera reiterada, el afrontamiento actual para lograr metas y objetivos importantes, o para mejorar en cada parámetro analizado, lo que facilita la clasificación del afrontamiento.
- El diálogo con el sujeto permite conocer, además, sentimientos y creencias sobre la manera de afrontar, el peligro que entraña imitar a otros, no tener presente las características personales, las experiencias en situaciones semejantes, las condiciones y exigencias del medio para alcanzar metas, aspectos que fueron expresados por los propios encuestados.
- Se puede valorar y registrar, en este momento, la posibilidad de control para afrontar, aspecto que se integra a su diagnóstico. Se analizan las potencialidades reales para llevarse a efectos los proyectos, y las vías que se escogen para su alcance, aspectos que se profundizan en el interrogatorio previsto en las preguntas dirigidas a esta problemática y a través de expresiones que afloran de manera natural en la aplicación del instrumento.
- En el diagnóstico final se ofrece la tendencia a ubicarse en categorías positivas o negativas de CVPV, y se analiza con precisión el papel que juega la autovaloración diagnosticada, aspecto que permite afirmar que es un factor psicológico clave para comprender la valoración personal del sujeto.

- Se contrastan nuevamente los datos a los análisis anteriores con propósitos de triangulación, y se profundiza el análisis para ubicar al sujeto en una de categorías establecidas, confirmando las reiteraciones y predominios en cada unidad de análisis. Se lleva la información al perfil elaborado.

§ Tercera Fase

- Se aplica y califica cuantitativa y cualitativamente la escala valorativa de CVPV.
- Se profundiza desde lo cualitativo en el predominio de la satisfacción con logros, plazos de expectativas, alcance de aspiraciones, logros y vivencias. Se valora, además, la incidencia que tienen, en la valoración positiva o negativa, los aspectos planteados de manera consciente como aspiraciones, revelando la importancia y el valor de conservar lo esencial para cada individuo, al observarse el predominio y el estado de las vivencias asociadas con el no logro de metas formuladas en cada contexto y parámetro evaluado en la técnica (Anexo 6). Se integra, en una sola valoración, el predominio de cada unidad de análisis en la técnica.
- Se analiza la calidad de los vínculos interpersonales, la valoración de las condiciones materiales de vida, y se precisan satisfacciones personales o no con lo que se realiza en cada contexto.
- Se retoma la valoración sobre la correspondencia en el sistema NP Y NL, con inferencia para el tipo de autovaloración que se diagnostica, al valorarse el alcance de aspiraciones y el nivel de satisfacción con lo logrado. Se analiza la persistencia de problemáticas referidas en otras técnicas, y se integran para la población enferma (controlada o descompensada) las valoraciones sobre el contexto salud, con vista a profundizar y entender la valoración en el contexto y, por tanto, la variable salud. Se precisa el diagnóstico sobre el estilo de afrontamiento y el control en problemáticas relacionadas con la salud.
- Se localizan de manera más precisa, malestares y vivencias negativas expresadas, así como su vínculo a carencias materiales, a problemas en las redes de apoyo, la autorrealización personal, al valorarse la posición que ocupan en los diferentes contextos y el agrado o desagrado que experimentan por lo que hacen.
- Finalmente se valora la CVPV en que se ubica el caso. Se plasman en el perfil elaborado los resultados.

- La riqueza de análisis que proporciona el estudio de casos, permitió descubrir aspectos que desde lo psicodinámico, permiten comprender la ubicación de los sujetos en las categorías establecidas, a pesar de las complejas y diversas realidades de los casos estudiados, lo que resalta la importancia de los factores psicológicos para experimentar y valorar de manera positiva o negativa la CV, desde una evaluación personal.

2.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

2.7.1. Procesamiento manual

- Se califica cada técnica de forma independiente de acuerdo con el diseño elaborado para este fin, y se arriba a una de las cuatro categorías de CVPV, y se integra toda la información recogida a través del análisis clínico derivado del estudio de los casos en profundidad.
- Luego, utilizando la tendencia observada en el caso, se diagnostica la categoría de CVPV del sujeto integrando la información de las técnicas y los análisis clínicos realizados. Cada caso se registra en una base de datos que se llena utilizando los códigos numéricos establecidos para el análisis. (Anexos 10).
- Se utilizan viñetas de estudios de casos para ilustrar pensamientos, frases y reflexiones de las personas estudiadas, que se ubican en cada una de las categorías de CVPV, donde se puede apreciar y comprender los resultados e interpretaciones realizadas, y los aspectos psicodinámicos revelados.

2.7.2. Procesamiento computarizado

- Para los cálculos, se utiliza el paquete estadístico SPSS en su versión 11.0 (Ferrán, 2001).
- Para valorar el grado de significación de las variables estudiadas con las categorías de CVPV diagnosticadas, se emplea la estadística no paramétrica, al tener en cuenta que las variables analizadas en el estudio se encuentran en escala nominal o clasificatoria, a la cual se puede hacer corresponder como elementos numéricos, las frecuencias en las que se ubicaron los sujetos evaluados y, en estos casos, las técnicas estadísticas que se utilizan tienen que ver con las modas, las proporciones frecuenciales (frecuencias relativas), y Chi cuadrado (Spiegel, 1971; Siegel, 1987). Teniendo en cuenta estos argumentos, se apela a la prueba de Chi cuadrado para probar independencia de las variables, por

las bondades que la misma proporciona, al permitir la comparación de grupos, la estimación de la desviación standard de una población a partir de la desviación standard de la muestra, determinar la bondad del ajuste de los datos de una variable, fijando un error de tipo 1=0.05. Se utiliza además, la inferencia estadística, que es una técnica paramétrica.

- Se realiza el cálculo del peso de las variables para cada categoría de CVPV, utilizando la mediada, por ser el estadígrafo más indicado para operar con escalas ordinales, prueba que además, no discrimina variables, sino que busca resaltar o distinguir las más relevantes, sin excluir la incidencia o participación de las restantes variables que se estudian, es decir, se conserva el valor que se le otorga a todas las variables, expresión de su integración sistémica. Se realiza la conversión de las escalas nominales a ordinales, las cuales van a representar un ordenamiento de cualidades y no números ordinarios, para sistematizar la información estadística obtenida, todo lo cual permitirá arribar conjuntamente al criterio clínico, a los determinantes psicológicos de la valoración de la CV personal, pues a pesar que los datos son multivariados (por la presencia de múltiples variables), el sistema al cual pertenecen no es lineal, razón por la cual no se indica (Yela, 1967; Ferrán, 2001) el análisis factorial en todas sus variantes y el análisis de regresión. Los resultados que se obtienen en esta dirección, responden al tipo y objetivo de investigación realizada y los sistemas no lineales de variables.

CAPÍTULO 3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Introducción

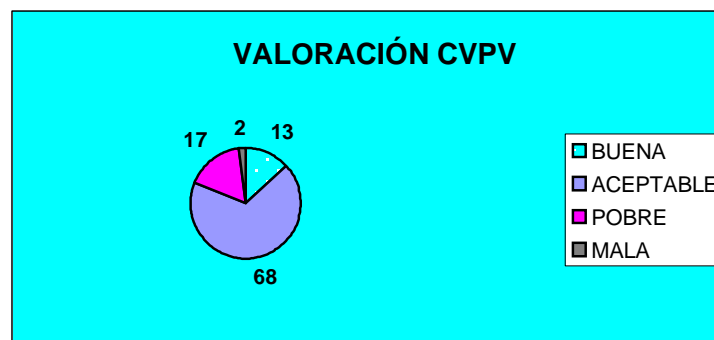
En el capítulo se plasman y comentan los resultados prácticos de la investigación, junto a la mayor parte de sus aportes, productos de los análisis cualitativos y estadísticos realizados. Se realiza la caracterización psicológica de las categorías buena, aceptable, pobre y mala de la valoración de la CV personal, teniendo en cuenta los determinantes psicológicos valorativos estudiados y se analizan los resultados de la variable valoración de la CV en los contextos de vida y valoración del estado de salud actual, y sus análisis en las categorías establecidas de CVPV.

Como resultado de dichos análisis se identifican factores psicológicos que permiten diferenciar y diagnosticar las categorías de CVPV, llegándose finalmente a identificar los más relevantes para determinar la valoración de CV personal y, con ello, se responde el problema de la investigación.

3. 1. Resultados generales de CVPV en la muestra estudiada

Como resultado de la aplicación, calificación e integración de los diferentes procedimientos y técnicas empleadas se arriba al siguiente resultado, en los 100 sujetos de estudio.

Gráfico 1: Resultados Generales de la CVPV en la muestra estudiada



Fuente: Integración de técnicas y estudio de casos

Se inicia el análisis a través del dato objetivo obtenido en cada categoría (buena, aceptable, pobre y mala) de la valoración de CV personal en la muestra, para luego analizarse de manera general. Como se observa en el gráfico, la valoración de la CV personal más representativa fue la de *aceptable*, con 68% (68 casos), seguida

de *pobre* 17% (17 casos); y buena con 13% (13 casos). En último lugar se ubica la valoración de mala CV con sólo 2% (2 casos), en el análisis vertical por categorías.

Tendencias similares se han obtenido en las diferentes muestras y poblaciones estudiadas en la etapa precedente al estudio realizado, contemplados en el anexo uno del trabajo. Es decir, en las diferentes investigaciones realizadas se obtiene como regularidad un marcado predominio de las valoraciones *aceptable* y en menos medida *pobre* calidad de vida. Estudios recientes en los que se utiliza el mismo instrumental, constatan la tendencia personal de valorar la CV personal en ambas categorías. (Mc Kcee, Vázquez y Díaz, 2006; Williams y Díaz, 2006).

Estudios reportados en la literatura (Ibáñez y Andreu, 1988; Ibáñez, 1990; García e Ibáñez, 1992; Toledo, Ferrero, y Barreto, 1996; López-Roig, 1993; Fiero, 1997; Avía y Vázquez, 1998; Sánchez, González y Alerm, 2005; Vinaccia, Quintero, Fernández, Contreras, Bedoya y otros, 2005; Yamamoto, 2007), en los que se emplea otro instrumental, reportan resultados similares, es decir, las personas tienden a valorar aceptable o en dirección positiva su CV.

Las concepciones actuales sobre resiliencia, personalidad resistente y sobre las emociones positivas en los procesos de estrés (Pérez Lovelle, 2003; Henriques, Amable, Peña, Torres e Hidalgo, 2005, Folkman y Moskowitz, 2004; Gómez, 2006; Sivak, 2007; Mikulic y Crespi, 2007) pudieran ofrecer algunas perspectivas de explicación para dichos resultados que persisten en el tiempo y en los cuales se deberá profundizar con un mayor rigor y homogeneidad instrumental, en estudios posteriores.

En el estudio actual, al realizar un análisis global, 81% (81 sujetos de la muestra) quedó ubicado en las categorías positivas de CVPV (*buena*, 13% y *aceptable*, 68%). Sólo 19% (19 casos) la valoró en categorías negativas (*pobre*, 17% y *mala*, 2%). Los datos encontrados nos indican, al menos desde lo referido, que la mayoría de las personas estudiadas aceptan la condición de vida en que se encuentran y la consideran similar a muchas otras personas de su entorno y cercanía, es decir, la valoran como aceptable (normal) en el contexto en que viven, bajo la situación económica particular por la que atraviesa el país, la cual ha exigido de las personas, reestructuraciones psicológicas para lograr equilibrios y ajustes personales, incidiendo en alguna

que otra medida en la formulación de metas y aspiraciones, en el cuestionamiento conciente de su formulación para hacerlas viables, en la diversificación de sus intereses, en el reajuste de la esfera de necesidades y motivos rectores, los cuales se ven influenciados por las características individuales y las socioculturales de la zona de residencia estudiada.

El resultado confirma lo planteado por Avía y Vázquez (1998), quienes afirman que las personas expresan preferentemente la experiencia de emociones satisfactorias, al ser interrogadas sobre si están o no satisfechas con la vida. Estos autores afirman, además, que es llamativa la regularidad con que, por lo general, por encima de épocas, condiciones sociales y económicas, las personas responden estar más contentas que descontentas. Por ello, se declara que son al fin y al cabo las emociones positivas las más prevalecientes, a pesar de que son a las que menos referencia se hace en la investigación científica y se confirman, las evidencias empíricas reportadas por otros investigadores [(Westbrook y Viney, 1982; Viney, 1989, citados por Folkman y Moskowitz, 2004] respecto a los predomios de emociones y afectos positivos sobre los negativos, aún en situaciones difíciles y de estrés crónicos.

Se puede afirmar, ante los resultados expuestos, que valorar positivamente la vida y su calidad no siempre se asocia a una situación de existencia totalmente plena, satisfactoria y feliz, sino que pueden existir otras formas y condiciones de vida desde las cuales las personas desarrollan mecanismos y recursos personales potenciadores de ajustes, contenciones y equilibrios que les permiten percibir y vivenciar de manera positiva la vida, lo que no implica aceptarla y vivirla sin malestares, penas, pero definitivamente considerarla válida, útil, necesaria, soportable y mejorable.

Para que esto ocurra, desde el punto de vista psicológico resulta esencial la participación y complementación de mecanismos de alto nivel de autorregulación personal capaces de reorganizar o reestructurar el campo psicológico, los comportamientos y las vivencias personales, de resignificar sentidos y saberes frente a acontecimientos de la vida cotidiana y promover el equilibrio y el ajuste psicológico al medio tanto externo como interno. Dichos mecanismos pueden ser o no adecuados, pero resultan válidos en el momento que se utilizan, independientemente de las consecuencias que con el tiempo puedan provocar en la persona respecto

a su salud, bienestar y CV (Lazarus y Folkman, 1986; López, 1999). Desarrollarlos y formarlos en dirección correcta, contribuiría a una mejor y más estable eficiencia reguladora, y es la que está convocada nuestra ciencia desde la perspectiva científica y profesional.

En esta dirección, resulta importante destacar el criterio de la autora respecto a la importancia que le atribuye (desde el análisis clínico), en el estudio realizado, a la tendencia autovalorativa (a través de su función reguladora, valorativa y defensiva) y a la capacidad de afrontar, para valorar positiva o negativamente la CV personal, inferencia clínica que deviene de la experiencia recogida durante la aplicación de los instrumentos, fundamentalmente en la segunda etapa del proceder descrito (capítulo dos, p.69), donde se exploran de forma integral, todos los factores psicológicos estudiados y que posteriormente será analizado con mayor profundidad.

Una vez conocido el comportamiento general de la CVPV en la muestra, se procede a exponer la caracterización psicológica de la valoración buena, aceptable, pobre y mala CV personal, con el objetivo de conocer desde los aspectos psicológicos estudiados qué tenían de común las personas que se ubican por su evaluación y diagnóstico en una misma categoría.

3.2. Caracterización psicológica de las categorías de CVPV Para lograr este resultado, resulta importante destacar, que la utilización del método clínico (desde su visión cualitativa), resultó de gran valor apoyado además, en las interpretaciones de los datos recogidos en los instrumentos aplicados y la riqueza de expresiones y criterios informales de los sujetos evaluados durante la etapa praxiológica del estudio. Para complementar los análisis clínicos y la interpretación del dato cualitativo, se emplea conjuntamente el análisis porcentual para plasmar la distribución de frecuencias observadas de los datos recogidos, y valorar la prevalencia de los aspectos psicológicos por cada categoría de CVPV. La caracterización psicológica se resume como sigue:

Buena CVPV La tendencia apreciada en los sujetos que valoran su CV como *buena* (13%), se manifiesta por criterios de satisfacción con sus condiciones materiales de vida, así como vínculos afectivos positivos en sus relaciones interpersonales (69 %). Existe un predominio de aspiraciones casi logradas (54%, 7 casos) y

alcanzadas en 46 % (6 casos), y se valora como algo normal el hecho de tener aspiraciones pendientes hacia las cuales se manifiestan posturas positivas y persistentes dirigidas a su alcance, valorándose, en la totalidad de los casos ubicados en esta categoría, el predominio de un tono positivo general de la valoración, y una postura positiva y autodeterminada ante los problemas y situaciones de la vida.

Las expectativas de logros se formulan a corto y mediano plazo (100 %). Muestran aceptación o esperanzas de alcanzar sus metas, proyectando vivencias positivas respecto a ellos. La satisfacción personal de estos sujetos está en el más alto nivel (en comparación con los ubicados en otras categorías) en los diferentes contextos evaluados, al expresarse satisfechos con lo que hasta ese momento han alcanzado (100%). No refieren un número grande de necesidades e intereses que estén carentes o insatisfechos, lo que se traduce en una aceptación frente a la situación real de vida. Expresan una visión positiva, de alcance más tarde o más temprano, de las necesidades e intereses que manifiestan.

Este grupo (100% de los casos) reflejó un comportamiento optimista ante la vida. Sus principales necesidades se enmarcan en los contextos familiar y personal, fuertemente ligadas al mantenimiento de la familia y la superación profesional. Son sujetos que se movilizan con un tono positivo al buscar alternativas para enfrentar diferentes problemáticas, utilizando fundamentalmente estilos de afrontamiento activos (85 %, 11 casos) y controlados (62 %, 8 casos). Predomina la tendencia a la autovaloración adecuada (85%, 11 casos), expresión de ajuste al medio y de un conocimiento adecuado de sí mismo. Resulta importante destacar, desde los análisis clínicos, que es en este grupo de personas, donde mayor y mejor ajuste se observa entre las funciones reguladora y valorativa de la autovaloración, es decir, la valoración predominantemente positiva de los aspectos evaluados por la propia persona, responden a la formulación adecuada desde propia función reguladora personal.

A continuación, se plasman expresiones y valoraciones ofrecidas por uno de los sujetos que se ubica en *buena CVPV*, y que exponen modos de pensar y sentir que ilustran y apoyan la caracterización psicológica realizada.

Sujeto: JMP, 33 años, casada, con un hijo, mestiza, con 12 grado de escolaridad, oficinista, durante la entrevista se muestra cooperadora, con un adecuado porte y aspecto personal, en correspondencia con su edad, muestra una buena capacidad de contacto interpersonal y no se observan signos de depresión, ni ansiedad clínicamente manifiestos. Durante el estudio y en los instrumentos aplicados nos refería.

...“Me siento contenta como vivo... he logrado muchas cosas y otras no, pero estoy conforme y hasta puedo decir que dichosa.... las cosas más importantes para mí las conservo que son mi familia, mi casa y un trabajo que me gusta... Las cosas siempre no te salen bien, ni como uno quiere, pero salen, te puedes sentir mal y me ha pasado, pero nunca me dejo vencer, yo miro lo bueno de lo malo y tengo mucha fe y confianza en mí misma, trato siempre de buscar soluciones reales y que sean rápidas...Claro que me gustaría mejorar cosas pero yo disfruto lo que tengo y lo que la vida me ha dado; mi lema es ir poco a poco y saber bien que quiero y me esfuerzo en las cosas que puedo lograr en breve tiempo; no me gusta esperar mucho para tener algo”...

Se puede apreciar la presencia de estados psíquicos y vivencias actuales positivas, así como satisfacción con sus logros, conservándose aspectos priorizados por el sujeto y muchas metas alcanzadas, resultado de su correcta formulación desde el componente autovalorativo. Afloran además, pensamientos y creencias que promueven una visión realista de la vida, que favorece la postura adecuada para afrontar y contener dificultades y problemas. Se observa, la actitud optimista y activa para afrontar retos y lograr metas, con énfasis en los recursos personales y una valoración crítica de condiciones reales que permiten ser implementadas y viables. Se exponen sentidos realistas para percibir y vivenciar de manera positiva la vida, así como reforzamientos dirigidos a prolongar el sentirse bien en la realidad donde se insertan, privilegiando en esta dirección el alcance de metas cercanas.

La tabla que se muestra más adelante, expone las frecuencias observadas de los aspectos psicológicos estudiados en las personas ubicadas en esta categoría de CV y se remite al anexo doce, donde se muestra una tabla comparativa de las categorías de CVPV atendiendo a los factores psicológicos evaluados.

Se procede de inmediato, a caracterizar otra de las categorías valorativas de la calidad de vida personal.

Aceptable CVPV En el grupo de sujetos que se ubican en *aceptable CVPV* (68%) predominan las aspiraciones casi logradas (69%, 47 casos), se reduce el número de logros con respecto al grupo anterior. Predominan aún las vivencias positivas (63 %) asociadas a la riqueza espiritual y pocas frustraciones, aunque aparecen algunas negativas (37%).

TABLA 1 VARIABLE PSICOLÓGICA Y VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

INDICADORES PSICOLÓGICOS		CATEGORÍA BUENA CVPV	
TONO AFECTIVO	MUY POSITIVO	15	
	POSITIVO	85	
	NEGATIVO	0	
	MUY NEGATIVO	0	
ESTILO DE AFRONTAMIENTO	ACTIVO	CONTROLADO	62
		DESCONTROLADO	15
	PASIVO	CONTROLADO	23
		DESCONTROLADO	0
ESTADOS PSICOPATOLÓGICOS	AUSENCIA		100
	PRESENTE COMPENSADA		0
	PRESENTE DESCOMPENSADA		0
AUTOVALORACIÓN	ADECUADA		85
	FLUCTUANTE		0
	INADECUADA	EXCESO	15
		DEFECTO	0
RELACIONES INTERPERSONALES	MUY POSITIVAS		0
	POSITIVAS		69
	NEGATIVAS		31
	MUY NEGATIVAS		0
EXPECTATIVAS TEMPORALES DE LOGROS	CORTO PLAZO		46
	MEDIANO PLAZO		54
	LARGO PLAZO		0
	NUNCA		0
ASPIRACIONES LOGRADAS	ALCANZADAS		46
	CASI ALCANZADAS		54
	POCO ALCANZADAS		0
	NO ALCANZADAS		0
GRADO DE SATISFACCIÓN CON LO LOGRADO	MUY SATISFECHO		0
	SATISFECHO		100
	POCO SATISFECHO		0
	INSATISFECHO		0
VIVENCIAS PSIQUÍCAS ACTUALES	MUY POSITIVAS		0
	POSITIVAS		85
	NEGATIVAS		15
	MUY NEGATIVAS		0

Se observa también una prevalencia de expectativas a corto y mediano plazo en 34% y 48 % (23 y 33 casos respectivamente), e incluso se mantienen vivencias asociadas a expectativas a largo plazo (15%, 10 casos), con un tono también positivo. En esta categoría, 2 personas (3%), presentan un predominio de expectativas en las cuales no se valora ninguna posibilidad de alcance, lo que indica que la percepción de la CV depende de la integración de diferentes factores, y no de factores aislados.

Aunque la autosatisfacción personal continúa alta en este grupo (88%, 60 casos), se reduce en comparación con la del anterior, y se reflejan algunas vivencias negativas asociadas al no logro, en algunos contextos de su vida, y a verse disminuidas metas y aspiraciones. Expresaron mayor número de necesidades e intereses que los sujetos ubicados en la categoría anterior y existió un predominio de vivencias positivas para defenderse de los fracasos, justificados por la mala suerte (expuesta con tolerancia), por equivocaciones normales, por falta de apoyo, etc.

En esta categoría los individuos (81%) se muestran menos optimistas en comparación con el grupo anterior, y predomina aún el tipo de conducta dirigida a lo esencial jerarquizado, a la vez que, se mantienen las prioridades en los contextos familiar y personal. Se proyectan hacia las aspiraciones pendientes con esperanza de alcance, y se justifican y toleran al exponer que el logro de las mismas no depende de ellos. Su resolución positiva se percibe dependiendo más de elementos externos, es decir, de otras personas, de condiciones y momentos propicios, etc. y no de ellos. Esto no implica necesariamente pasividad en su conducta, pero puede ser interpretado como una reestructuración y aplazamiento temporal, consciente o no, de los aspectos deseados. Son sujetos que buscan alternativas para enfrentar diferentes problemáticas, asumiendo conductas menos directas sobre las dificultades y buscan apoyarse en amigos, familiares, circunstancias, factores que consideran que ayudan más y mejor, en ocasiones, que asumir solos la resolución de una dificultad.

No obstante, se observa un predominio de estilos de afrontamiento activos (65 %, 44 casos), a pesar de aumentar la presencia de estilos de afrontamiento pasivos (35 %, 24 casos). Predomina además, el control

asociado al afrontamiento (57,3%, 39 casos) y, por ello se valoran adecuados a las condiciones reales existentes y posibilidades. Con ello, puede declararse que existe eficacia al afrontar.

La autovaloración que predomina es la adecuada (69%, 47 casos), pero se observa un decrecimiento en su incidencia en comparación con el grupo anterior. Se observan también autovaloraciones por exceso (22%, 15 casos) y fluctuantes (9 %, 6 casos), sin expresiones predominantes de daño para el sujeto.

Resulta importante destacar, desde el análisis clínico, que la autovaloración comienza a jugar un papel importante en la diferenciación de esta categoría y la anterior, no sólo por la disminución que se observa en cuanto a su adecuación y su estabilidad para desempeñar su función autorreguladora, sino que comienzan a desempeñar un papel muy importante, la función valorativa y defensiva que ella desempeña; ambas incidiendo en el predominio de valoraciones en dirección positiva frente a objetos y fenómenos de la realidad, y que se valoran por la autora, como protecciones y defensas del individuo ante el medio. Esta postura puede observarse desde cualquier tipo de autovaloración diagnosticada (adecuada, inadecuada o fluctuante), pero en algunos casos, la función valorativa de la autovaloración, toma una dirección negativa al valorar la realidad, disminuyendo el papel defensivo y protector de la autovaloración frente lo que se percibe y por tanto la vivencia que expresa la persona.

Se observa entonces, como autovaloraciones por exceso a través de su función valorativa, hiperbolizan positivamente aspectos valorados de la existencia (o viceversa, aunque con menor frecuencia, en esta categoría) y ello repercute en el incremento o disminución de frecuencias observadas en otras variables analizadas (satisfacción con los logros, vivencias psíquicas, relaciones interpersonales, etc.), exponiendo el carácter sistémico que se atribuye a participación de las variables en la valoración de la CV personal, frente a la realidad y sus múltiples determinaciones.

De la misma manera se observa como la autovaloración adecuada (función reguladora), puede desde su función valorativa, tomar una dirección negativa respecto a logros, aspiraciones, realidades, mostrándose en los datos una disminución progresiva al valorar los mismos, cuando se comparan personas con igual tipo de autovaloración pero ubicadas en la categoría de buena CVPV.

En esta categoría de CVPV (aceptable) se aprecian algunas vivencias psíquicas negativas vinculadas a problemas económicos y de relaciones interpersonales que provocan algún malestar asociado a la carencia, pero se expresan de manera controlada, es decir, expresan que "no se puede cambiar", "es así y hay que aceptarlo", que aunque con cierta tendencia a la pasividad, devienen en mecanismos de protección, defensas y de ayuda, para la tranquilización o contención expresada. A continuación se ilustra en apretada síntesis, la caracterización psicológica realizada de esta categoría, con las expresiones y valoraciones de un sujeto que se ubica en la misma, y que recoge modos de pensar y sentir que la apoyan.

Sujeto: MSD, 40 años, negra, divorciada, con 3 hijos, 12 grado de escolaridad, contadora. Se muestra cooperadora durante la entrevista y aplicación de las pruebas, presenta hábitos higiénicos conservados, lenguaje claro, fluido, acorde a su nivel educacional. Se observa tranquila y su semblante es cordial, sin signos de depresión o ansiedad clínicamente observables.

...“Me siento tranquila... pienso que la vida .no me ha tratado mal; lo que tengo lo he logrado con sacrificios, ...me faltan cosas que me hubiera gustado tener, pero no fue posible, a veces hasta por ironías del destino...la vida es de oportunidades y nunca es tarde para lograr lo que uno quiere, yo casi nunca pierdo las esperanzas, a veces hay que conformarse y esperar tiempos mejores... para mí es muy importante llevarme bien con mis seres queridos y apoyarme en ellos, y en las amistades que muchas veces son como familia y hasta mejores, para que la vida sea más llevadera....A mí no me gusta perder, y me pongo mal cuando me pasa, y creo que a veces es bueno para aprender...no me gusta aferrarme a las cosas, busco cómo lograrlas, pero si me cuestan mucho trabajo las dejo, la vida hay que tomarla como viene, hay que intentar lograr cosas, pero no morirse en el intento...Hay que tratar de sentirse bien por sobre todas las cosas”...

Se observa predominios de estados psíquicos y vivencias positivas, y se exponen con aceptación y tolerancia carencias y metas no logradas, aunque ello no sea equivalente a simple resignación, lo que sugiere que disminuyen los logros en comparación con el grupo anterior. Se sigue conservando una visión positiva y de satisfacción con lo que se posee y, por tanto, un tono afectivo positivo en general, optimismo para concebir metas pendientes, a los cuales se le confieren diferentes plazos de alcance, y ajustes al medio y control emocional, resaltando la importancia de las redes de apoyo y la calidad de los vínculos interpersonales. Se aprecian además, formas de pensar y sentir que se orientan a la búsqueda de equilibrio, y de accionar siempre que sea posible y no dañe. Se otorgan nuevos significados a los fracasos que devuelven sentidos más positivos y, por ello, se exponen con poca carga negativa en su expresión.

En la tabla que se presenta en el anexo doce del trabajo, se puede observar con detalle, los resultados de cada indicador en los casos que se ubican en esta categoría, y permite además, comparar el análisis con las restantes categorías de CVPV. A continuación, se expone los resultados de otra de las categorías establecidas en el estudio.

Pobre CVPV Las personas que valoran como *pobre* su CVPV (17%), expresan aspiraciones poco logradas (82%, 14 casos), pero tienen expectativas de alcance de logros a mediano plazo (65%, 11 casos), y a largo plazo (35%, 6 casos), las últimas expuestas de forma más frecuente y, por ello, con mayor presencia que en los grupos anteriores. Las vivencias asociadas a las aspiraciones pendientes se expresan con un matiz negativo, característico de la poca perseverancia para lograr las mismas, a pesar de que consideran son importantes, lo que provoca malestares psicológicos de diferente intensidad al no poseerlas y formularse aún como aspiraciones

En este grupo, la satisfacción personal con lo logrado ha descendido (100% poco satisfechos, 17 casos), y se expresa insatisfacción en los contextos de mayor importancia para ellos. Se detecta un mayor número de necesidades e intereses no resueltos en comparación con los grupos anteriores y se expresan vivencias negativas que revelan la importancia y prioridad que el sujeto les confiere.

Se observa un comportamiento pesimista en la vida y los aspectos no alcanzados, pierden la fuerza incentivadora en la proyección futura de aspiraciones, aún para alcanzarse a largo plazo. Se expresan necesidades asociadas a la seguridad y el sustento familiar, carencias materiales, y el estado de salud es percibido como delicado o de peligro para la vida, sin que se encuentren necesariamente en esa etapa. En el 71 % de los casos se diagnostican estados psicopatológicos compensados en el momento del estudio

La autovaloración predominante es la fluctuante, (53%, 9 casos), aunque se diagnostican 8 casos como adecuada (47 %). Se valora desde el análisis clínico, como la inestabilidad autorreguladora de la autovaloración repercute en su función valorativa y defensiva, provocando ineficiencia reguladora e inclinación a la valoración negativa de la realidad en que están inmersos, valoración negativa asociada igualmente en personas a las que se les diagnosticó su autovaloración como adecuada, donde la función defensiva para

TABLA 2 VARIABLE PSICOLÓGICA Y VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

INDICADORES PSICOLÓGICOS		CATEGORÍA ACEPTABLE CVPV	
TONO AFECTIVO	MUY POSITIVO	9	
	POSITIVO	72	
	NEGATIVO	18	
	MUY NEGATIVO	1	
ESTILO DE AFRONTAMIENTO	ACTIVO	CONTROLADO	50
		DESCONTROLADO	15
	PASIVO	CONTROLADO	28
		DESCONTROLADO	7
ESTADOS PSICOPATOLÓGICOS	AUSENCIA		91
	PRESENTE COMPENSADA		9
	PRESENTE DESCOMPENSADA		0
AUTOVALORACIÓN	ADECUADA		69
	FLUCTUANTE		9
	INADECUADA	EXCESO	22
		DEFECTO	0
RELACIONES INTERPERSONALES	MUY POSITIVAS		0
	POSITIVAS		62
	NEGATIVAS		38
	MUY NEGATIVAS		0
EXPECTATIVAS TEMPORALES DE LOGROS	CORTO PLAZO		34
	MEDIANO PLAZO		48
	LARGO PLAZO		15
	NUNCA		3
ASPIRACIONES LOGRADAS	ALCANZADAS		22
	CASI ALCANZADAS		69
	POCO ALCANZADAS		9
	NO ALCANZADAS		0
GRADO DE SATISFACCIÓN CON LO LOGRADO	MUY SATISFECHO		2
	SATISFECHO		88
	POCO SATISFECHO		10
	INSATISFECHO		0
VIVENCIAS PSIQUÍCAS ACTUALES	MUY POSITIVAS		0
	POSITIVAS		63
	NEGATIVAS		37
	MUY NEGATIVAS		0

ambos tipos de autovaloración se encuentra mitigada o disminuida, percibiéndose y vivenciándose de manera negativa la existencia, expresándose malestares psicológicos vistos de manera prolongada con repercusión en algunos casos, en los estados psíquicos.

Se revela en los análisis realizados, la importancia de la participación de múltiples factores (en los que se incluyen los externos al individuo) para lograr metas, adaptaciones, equilibrio en el medio, y que confirma lo expresado por Sánchez-Cánovas y Sánchez (1994) y Rojas (2004), quienes afirman que para potenciar el ajuste, equilibrio con el medio, y funcionar con eficacia en la vida, no bastan los recursos personales, sino que el medio, sus adversidades y sus recursos favorecen el proceso adaptativo que deberá conducir o entorpecer finalmente el desarrollo humano y la CV de personas.

La movilización de la conducta en este grupo es menor, con desplazamientos poco eficaces para solucionar conflictos y problemas, lo que indica el predominio de los estilos de afrontamiento pasivos (82 %, 14 casos). Sólo en 18 % (3 casos) se diagnostica estilos de afrontamientos activos, y en 100 %, es decir, en los 17 sujetos que integran este grupo, se valora la falta de control asociado al afrontamiento, muestra de poca eficacia y que puede sugerir estrategias mal seleccionadas y, por ello, poco viables. El ejemplo siguiente ilustra la caracterización, de un caso representativo de la categoría de *pobre CVPV*.

Sujeto: SPL, 50 años, blanca, casada, 9no grado de escolaridad, ama de casa. Se muestra cooperadora en las entrevistas, en la realización de pruebas y es poco expresiva frente algunos temas de corte económico. Se observa cierta dificultad para hablar como consecuencia de una herida en los labios, pero sin afectar la comprensión del mismo. Conserva hábitos higiénicos y su aspecto personal en general es adecuado, es cordial, y se observan algunos signos de hiperhidrosis generalizada a todo el cuerpo, valorándose cierta tensión en su rostro. Durante el estudio y en los instrumentos aplicados nos refería.

...“Me siento confundida, la vida es difícil y poco predecible, nunca se sabe hasta cuándo vas a estar bien...las cosas que más yo he querido están lejos de mí, y algunas ya las he perdido, logros sí tengo, pero a veces las cosas que pensé que eran buenas se vuelven contra mí y me entra la duda de si realmente era lo que quería...son más las cosas que no tengo, y creo que no es el momento para pensar en lo que quería tener, a lo mejor más adelante puede que tome fuerzas para y luchar y lograr algunas de esas cosas que necesito y me harían sentirme mejor... mejorar es posible, no es que me gusta estar así, pero no puedo hacer mucho...casi

siempre busco ayuda, pero la gente prioriza lo suyo, eso es así, no critico, gracias a ellos a veces puedo resolver... Pienso y me esfuerzo hasta agobiarme para resolver mis cosas, pero no he podido”...

Se pueden apreciar vivencias y estados displacenteros de cierta intensidad negativa, reveladores de síntomas subjetivos que sugieren algún estado psicopatológico. Se observa, además, poca satisfacción con los logros, algunos de ellos devaluados por el sujeto, lo que disminuye su apreciación del alcance de metas y aspiraciones y, con ello, se siente poca satisfacción personal. Afloran formas de pensar y sentir que no promueven posturas desarrolladoras para enfrentar el medio, y se revela una actitud pasiva y pesimista para afrontar metas que conservan un significado importante para el sujeto, y exponen expectativas de alcance lejanas. Se aprecia cierta conformidad al valorar su vida y reforzamientos que promueven percepciones y vivencias que no favorecen un sentirse bien, y provocan malestar y poca credibilidad en mejorías futuras. Se detallan en tabla que se presenta más adelante, las frecuencias observadas de los indicadores psicológicos estudiados de este grupo de personas y se remite nuevamente al anexo doce, para facilitar la comparación con las restantes categorías de CVPV.

Mala CVPV Los sujetos que se valoran con *mala CVPV* (2%), expresan muy pocas aspiraciones logradas (100% poco alcanzada, 2 casos) y, en comparación con el grupo anterior, son mayores las insatisfacciones en sentido general, a pesar de quedar dividida la ubicación en 50 % como muy satisfecho y 50% como insatisfecho, esta última opción referida sólo en este grupo. Las aspiraciones pendientes se valoran como poco probables de alcanzar, aún a largo plazo; es decir, las expectativas de logro que se presentan son a largo plazo (100%) y están generalmente asociadas a una vivencia de tono afectivo negativo, por encontrarse tan lejanas e inciertas. Se manifiesta insatisfacción en casi todos los contextos de vida, expresión de escasa autorrealización personal.

Sus necesidades e intereses se expresan en mayor grado, comparados con las categorías anteriores y generalmente asociados a vivencias y tono afectivo negativo; el pesimismo es muy característico en estas personas, además de observarse como resultado novedoso, pero congruente con el resto, que son regularmente personas escépticas, pocos confiadas en posibles soluciones. Se expresan insatisfacciones desde lo material y espiritual (50%). Se presentan conflictos y estados psíquicos negativos y patológicos

TABLA 3 VARIABLE PSICOLÓGICA Y VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

INDICADORES PSICOLÓGICOS			CATEGORÍA POBRE CVPV
TONO AFECTIVO	MUY POSITIVO		0
	POSITIVO		0
	NEGATIVO		100
	MUY NEGATIVO		0
ESTILO DE AFRONTAMIENTO	ACTIVO	CONTROLADO	0
		DESCONTROLADO	18
	PASIVO	CONTROLADO	0
		DESCONTROLADO	82
ESTADOS PSICOPATOLÓGICOS	AUSENCIA		29
	PRESENTE COMPENSADA		71
	PRESENTE DESCOMPENSADA		0
AUTOVALORACIÓN	ADECUADA		47
	FLUCTUANTE		53
	INADECUADA	EXCESO	0
		DEFECTO	0
RELACIONES INTERPERSONALES	MUY POSITIVAS		0
	POSITIVAS		59
	NEGATIVAS		41
	MUY NEGATIVAS		0
EXPECTATIVAS TEMPORALES DE LOGROS	CORTO PLAZO		0
	MEDIANO PLAZO		65
	LARGO PLAZO		35
	NUNCA		0
ASPIRACIONES LOGRADAS	ALCANZADAS		0
	CASI ALCANZADAS		18
	POCO ALCANZADAS		82
	NO ALCANZADAS		0
GRADO DE SATISFACCIÓN CON LO LOGRADO	MUY SATISFECHO		0
	SATISFECHO		0
	POCO SATISFECHO		100
	INSATISFECHO		0
VIVENCIAS PSIQUÍCAS ACTUALES	MUY POSITIVAS		0
	POSITIVAS		6
	NEGATIVAS		94
	MUY NEGATIVAS		0

(100%), con necesidades muy manifiestas de apoyo y seguridad. Existe poca apreciación de lo más importante, y no saben distinguir, ante tantas dificultades, cuáles pueden tener una resolución más cercana debido a los bloqueos afectivos vinculados a las vivencias y la afectividad negativa.

El futuro se valora como muy incierto en sus expresiones, no saben lo que pueda suceder, o si puedan lograr mejorías sustanciales. Se observa la tendencia a presentar una postura pasiva, poco movilizadora a la hora de afrontar las dificultades, diagnosticándose en los dos casos que integraron este grupo, estilos de afrontamiento pasivos sin control (100%) y con ello, poca eficacia y eficiencia al afrontar. Las autovaloraciones diagnosticadas son inadecuadas por defecto (100%), las cuales no permiten con facilidad reestructuraciones a corto plazo en sus vivencias y valoraciones. La función valorativa de la autovaloración es en dirección negativa, es decir, lo malo se ve y se valora como imposible de resolver, pues no tienen recursos o formas para superarlos, subestimando sus potencialidades reales por efecto de la inadecuada autovaloración por defecto. Lo positivo que tienen, lo subestiman de igual manera, al verse devaluados por necesidades que se valoran como más importantes y que están carentes o muy dañadas desde su valoración personal. La función defensiva es poco eficiente dificultándose el control afectivo, la vivencia emocional constructiva y la propia evaluación cognitiva, de sus realidades.

Se observa poca disposición para la búsqueda de alternativas que ayuden a resolver conflictos y problemas, así como un conformismo negativo que se sustenta en la percepción de no ser responsables de la situación que presentan y en la imposibilidad de solucionar sus problemas y necesidades por considerar haber hecho todo lo que podían. Se percibe una mayor distancia entre aspiraciones y expectativas.

La valoración sobre su estado de salud es negativa y estuvo supeditada más a las estimaciones y apreciaciones subjetivas que a la propia capacidad funcional, apreciada esta última desde un juicio personal con cierta correspondencia entre el estado real y las valoraciones en uno de los casos.

A continuación, la caracterización se ilustra con el ejemplo de un caso representativo de la categoría mala CVPV.

Sujeto: ALD, 30 años, blanco, casado, dos hijos, 12 grado de escolaridad, cantinero. Se mostró muy extrovertido durante el estudio, con signos de ansiedad personal manifiestos, demandante de atención a sus comentarios y reflexiones, presentando hábitos higiénicos adecuados y un porte y aspecto muy correctos. Es cooperador, disciplinado. Durante el estudio y en los instrumentos aplicados nos refería:

...."Me siento muy mal, la vida es cruel y traicionera, cuando la coge con uno, no hay quien la detenga...Nada de lo que tengo compensa lo que necesito, quiero tener otras cosas y no lo logro ...Todos los días vivo en un tormento y lleno de calamidades ... Me critican porque estoy siempre de mal humor, y me dicen que tengo que cambiar y hacer algo, pero nadie me ofrece la solución...Mi vida es ésta que vivo ahora, no otra... siento que cada día me pongo más viejo y tengo menos posibilidades de lograr lo que quiero y me pongo muy ansioso....Estoy paralizado, no logro hacer nada... Siempre me pasa lo mismo...Muchas personas intentan ayudarme y se lo agradezco... Son buenísimas... pero reconocen que puedo estar mejor, que yo merezco otra cosa y al final me siento peor"....

Se observan modos de percibir y vivenciar la vida que llevan a valorarla de manera muy negativa. El sujeto transmite una marcada insatisfacción personal y la presencia de malestares y síntomas subjetivos impregnados de una carga negativa alta en su intensidad y manifestación, muestra de escaso control de emociones e impulsos y actitud poco esperanzadora y alentadora para solucionar y afrontar problemas. Asume una postura pesimista y escéptica y de poca satisfacción con sus logros. Los plazos de alcance de metas no se precisan cercanos y se observan redes de apoyo que no atenúan el malestar a pesar de que existen vínculos personales positivos. Se aprecian, además, formas de pensar y sentir que no se orientan a la búsqueda de equilibrio, o para aminorar el displacer que experimenta. La siguiente tabla muestra, las frecuencias observadas respecto a los indicadores psicológicos que caracterizan a este grupo de personas. Se remite nuevamente al anexo doce, para poder comparar los análisis expuestos respecto a esta categoría y las restantes.

La caracterización realizada permite afirmar que las personas que están incluidas en una misma categoría de la valoración de CV personal, no representan a un grupo homogéneo, pero se aprecian tendencias afianzadas por predominios en la evaluación personal y el diagnóstico de los factores psicológicos estudiados, que las hacen diferentes entre sí, y revelan regularidades comunes para cada categoría de CVPV, otorgando importancia a la participación sistémica de las diferentes variables analizadas, de manera tal, que puede aparecer alguna variable que no se vea representada en su condición más positiva en las categorías más

TABLA 4 VARIABLE PSICOLÓGICA Y VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

INDICADORES PSICOLÓGICOS		CATEGORÍA MALA CVPV	
TONO AFECTIVO	MUY POSITIVO	0	
	POSITIVO	0	
	NEGATIVO	0	
	MUY NEGATIVO	100	
ESTILO DE AFRONTAMIENTO	ACTIVO	CONTROLADO	0
		DESCONTROLADO	0
	PASIVO	CONTROLADO	0
		DESCONTROLADO	100
ESTADOS PSICOPATOLÓGICOS	AUSENCIA	0	
	PRESENTE COMPENSADA	0	
	PRESENTE DESCOMPENSADA	100	
AUTOVALORACIÓN	ADECUADA	0	
	FLUCTUANTE	0	
	INADECUADA	EXCESO	0
		DEFECTO	100
RELACIONES INTERPERSONALES	MUY POSITIVAS	0	
	POSITIVAS	100	
	NEGATIVAS	0	
	MUY NEGATIVAS	0	
EXPECTATIVAS TEMPORALES DE LOGROS	CORTO PLAZO	0	
	MEDIANO PLAZO	0	
	LARGO PLAZO	100	
	NUNCA	0	
ASPIRACIONES LOGRADAS	ALCANZADAS	0	
	CASI ALCANZADAS	0	
	POCO ALCANZADAS	100	
	NO ALCANZADAS	0	
GRADO DE SATISFACCIÓN CON LO LOGRADO	MUY SATISFECHO	0	
	SATISFECHO	50	
	POCO SATISFECHO	0	
	INSATISFECHO	50	
VIVENCIAS PSIQUÍCAS ACTUALES	MUY POSITIVAS	0	
	POSITIVAS	0	
	NEGATIVAS	100	
	MUY NEGATIVAS	0	

favorecedoras de la valoración de CV personal, y viceversa, aunque se observa que las variables valoradas se van despreciando en la medida que la CVPV es más negativa. Este resultado es expresión de lo que se puede observar en el mundo real y concreto donde vivimos, y en donde los profesionales e investigadores del tema de CV tendrán que tener muy en cuenta, dato que le confiere particular sentido de coherencia e importancia teórico práctica al estudio realizado.

Lo descrito sobre los aspectos psicológicos estudiados resulta coherente para explicar y comprender desde la subjetividad, por qué la mayoría de la muestra (81%, 81 casos) aunque con la expresada variabilidad, se ubica en las categorías de *aceptable* y *buena* CVPV, lo cual evoca la expresión positiva ante el reflejo y vivencia de la realidad personal y su calidad, vista y evaluada de forma interna, y, a la vez, permite comprender la ubicación de acuerdo a como se muestran los indicadores psicológicos, las categorías *pobre* y *mala*.

La caracterización psicológica realizada permite constatar la importancia de los aspectos subjetivos e individuales para poder comprender la valoración de la CV personal, al conocer cómo se integran los factores psicológicos en un criterio valorativo que refleje la percepción y vivencia de la vida y la calidad que le atribuye y resalta la importancia de tener en cuenta la individualidad del ser humano en el estudio de cualquier fenómeno o proceso social, de acuerdo con Roca (2000), pues ignorarla sería negar el papel activo de los individuos y su responsabilidad personal en la "construcción" y calidad de su propia existencia, aspectos que constituyen motivo impulsor del enfoque desarrollado, sin que ello, exima de considerar la interacción entre lo social y lo psicológico.

La CV es un fenómeno de expresión social y personal y, por tanto, de determinación múltiple y compleja entre ambas dimensiones; a pesar que ambas pueden no coincidir a la hora de valorar la CV desde el punto de vista personal, al comprobarse que pueden expresarse valoraciones satisfactorias o positivas desde lo individual y socialmente valorarse negativa o insatisfactoria, y viceversa (Reimel y Muñoz, 1992; Furntratt-Kloep, 1995; Díaz, 1999, 2001; Soforcada, 2003; Yamamoto, 2007). Este resultado ha sido constatado en nuestro medio al indagar sobre los criterios valorativos de la CV a escala social en el país, donde se obtiene, a diferencia del 81 % de casos ubicados en categorías positivas de CVPV desde lo personal, 72% (es decir, 72 casos) que

valoran como negativa la situación actual del país, el 49% la ve como regular, y el 23 % como mala, y que están reportados en artículos científicos publicados por la autora (Díaz, 2002, 2008).

En resumen, se observa como desde el análisis cuantitativo o porcentual, se muestran diferencias entre las categorías de CVPV en relación a los factores psicológicos estudiados y se observa además, como las formas cualitativas más positivas por lo general se concentran en las evaluaciones *buena* y *aceptable* CVPV y viceversa. No obstante, es válido destacar que las diferencias cualitativas y cuantitativas más acentuadas se observan para las categorías buena y mala CVPV, y con menor nitidez para las categorías más cercanas (buena y aceptable) y (pobre y mala). Este dato es interpretado como una constancia de la complejidad del diagnóstico de los factores subjetivos, donde los límites resultan muchas veces imprecisos y borrosos, y confirman además, el enfoque de continuidad para entender el proceso salud enfermedad y que en la investigación se hacen extensible para el análisis y comprensión de lo que sería el bien sentir y el malestar, que deberán ser profundizados en posteriores estudios que den continuidad a los resultados presentados.

Igualmente resulta importante resumir algunos referentes que definen la postura ideológica, profesional y ética de la autora sobre el tema de investigación, al devenir como exigencia de los estudios en los que de alguna que otra forma se retoman procedimientos de análisis e interpretación cualitativa. La autora se adhiere al criterio de la complejidad y la no linealidad de los factores que determinan la valoración y condición objetiva de la CV a nivel individual, grupal o social; reconoce el valor de los aspectos culturales, históricos y sociales en su "construcción" subjetiva y objetiva, y el reconocimiento de ambos factores para reconocer la existencia de CV, así como se afilia a la corriente personalista y el enfoque eudainómico (Laucirica, 2003; Yamamoto, 2005,2006, 200) para concebir y comprender el bienestar y la CV, en las que se reconocen el valor de la vida siempre que se considere soportable y en la consecución de metas y objetivos trascendentes, contraria a la corriente hedonista, que es la más promulgada y asumida por los investigadores. Desde el punto de vista ético y profesional, reconoce el valor de considerar a la propia persona como la más beneficiada y por tanto, la más apropiada para centrar el interés de evaluar esta categoría desde la ciencia psicológica, llamada a develar en sus investigaciones conocimientos capaces de ser revertidos en su práctica profesional para la consecución

de mantener o elevar niveles de existencia con valoraciones positivas respecto a su calidad, e igualmente considera válido y constructivo para la estabilidad y adaptabilidad de las personas frente a demandas internas o externas, los intentos efectivos que realice para enfrentar y defenderse de las hostilidades, carencias y obstáculos que se presente en su vida, todo lo cual permite aseverar que los resultados expuestos sean considerados válidos y las experiencias empíricas y reflexiones teóricas que devinieron de los análisis realizados se valoran útiles y convincentes para comprender y actuar sobre la percepción y vivencia de la CV de las personas supuestamente sanas y enfermas.

Una vez conocida la distribución y caracterización psicológica de las categorías de CVPV en la muestra estudiada, se procede a realizar una prueba de hipótesis que permita valorar si los resultados son extensibles a la población del área salud estudiada y poder afirmar con evidencias estadísticas, que las categorías de CVPV pueden ser diferenciadas por las variables estudiadas.

3.3. Determinación y análisis de la significación estadística de las variables estudiadas y las categorías de CVPV

Verificar si las diferencias observadas en las tablas confeccionadas para cada variable respecto a las categorías de CVPV en la muestra estudiada podían ser extrapoladas a la población del área de salud seleccionada, constituyó un objetivo de la investigación. Para ello se aplica la prueba estadística Chi cuadrado, al tener en cuenta la naturaleza de los datos, y que se argumenta su utilización en el capítulo dos (p. 72).

Los gráficos que se muestran a continuación, ilustran el por ciento de sujetos ubicados en cada categoría de CVPV (buena, aceptable, pobre y mala). Se asume mostrar el dato de esta manera, para poder ilustrar por categorías las diferencias respecto a variables estudiadas, al no existir una distribución más homogénea de las mismas en la muestra.

Variable determinantes psicológicos de la valoración personal

A continuación, se exponen los análisis de los diferentes indicadores que se estudian en la variable.

- *Tono Afectivo General*

"Lo que perturba al ser humano no es la causa de las cosas,

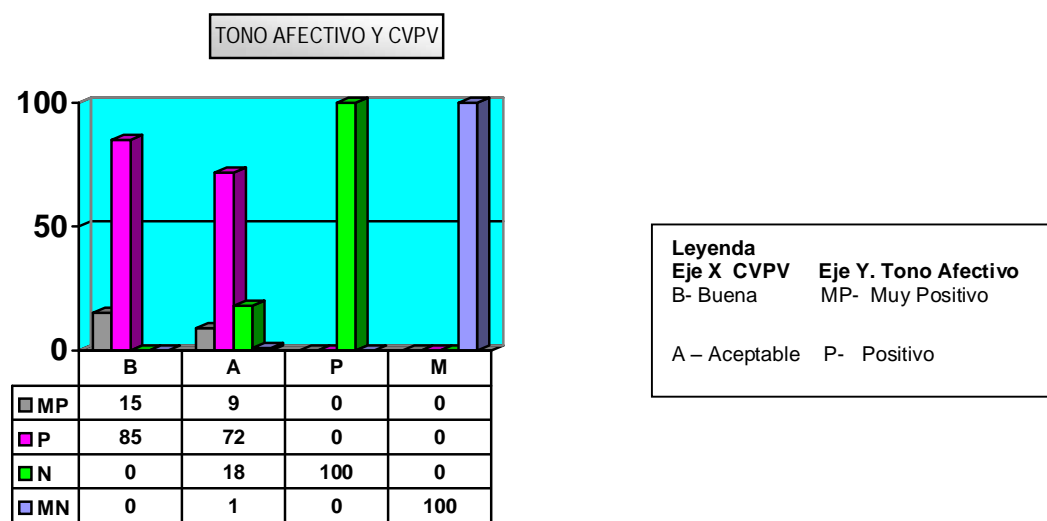
sino la interpretación que de ellas hace” Epícteto, (Cit. López, 1998)

Este indicador mostró un nivel de significación estadística menor de 0,05 ($p = 0,00001$), y con ello se concluye que esta variable resulta útil para diferenciar las categorías de CVPV a nivel de la población, mostrándose de manera positiva en las categorías *buena* y *aceptable* y viceversa. Es decir, a mayor percepción y vivencia de CV, mayor presencia de estados anímicos positivos, en la medida que disminuye la CVPV, el tono afectivo va adquiriendo mayor connotación negativa.

En el gráfico se observa, cómo el tono afectivo general o el predominio de los estados anímicos positivos se asocia claramente con las categorías positivas de la valoración de la CV personal (buena 100 % y aceptable 81 %). En ningún caso se valora como negativo o muy negativo el tono afectivo, al valorar la CV como buena. Lo contrario ocurre para las categorías *pobre* y *mala* CV (100 %), y se aprecia claramente la ausencia de alternativas positivas en estas categorías con la consecuente actitud pesimista para enfrentar y valorar la vida.

Se reafirma el significado que tiene esta variable para expresar una valoración positiva o negativa de la CV. Autores como Bradburn (1992) y Reimel (1992), citados por Reimel y Jiménez (2003), relacionan este indicador con la CVP y consideran muy importante percibir niveles positivos de afectos, para experimentar la vida con calidad.

GRÁFICO 2. CATEGORÍAS DE CVPV Y TONO AFECTIVO



$p < 0.05$

El tono, junto a las reacciones emocionales y los sentimientos, conforman las principales funciones afectivas que sostienen un ajuste adecuado o inadecuado del individuo en su medio. El mismo tiende a mantenerse dentro de niveles bastante constantes durante largos períodos y es expresión del grado de adaptabilidad activa del individuo a su medio, aspecto que deberá tenerse en cuenta en estudios posteriores encaminados a confirmar la relativa estabilidad de la valoración personal de CV concebida en el modelo teórico de la autora, como contribución a la polémica estabilidad versus cambio de la CVP, en un intento de búsqueda de factores dependientes de las características personales y aspectos esenciales para el individuo, para percibir y vivenciar la CV, que factores más transitorios y contextuales, aunque estos pueden "mover" dicha evaluación (y respectiva valoración) dentro de ciertos límites, y que exponen el carácter dinámico y dialéctico que encierra el proceso valorativo. De esta manera la tendencia general y habitual que el tono afectivo tiene en las personas puede ser expresión de cierta estabilidad para la adaptación y funcionamiento equilibrado ante la vida, sobre todo al valorarse cuestiones permanentes de ella, como es la percepción de la calidad de la existencia, aspecto en el que se deberá profundizar en estudios que den continuidad a los resultados expuestos.

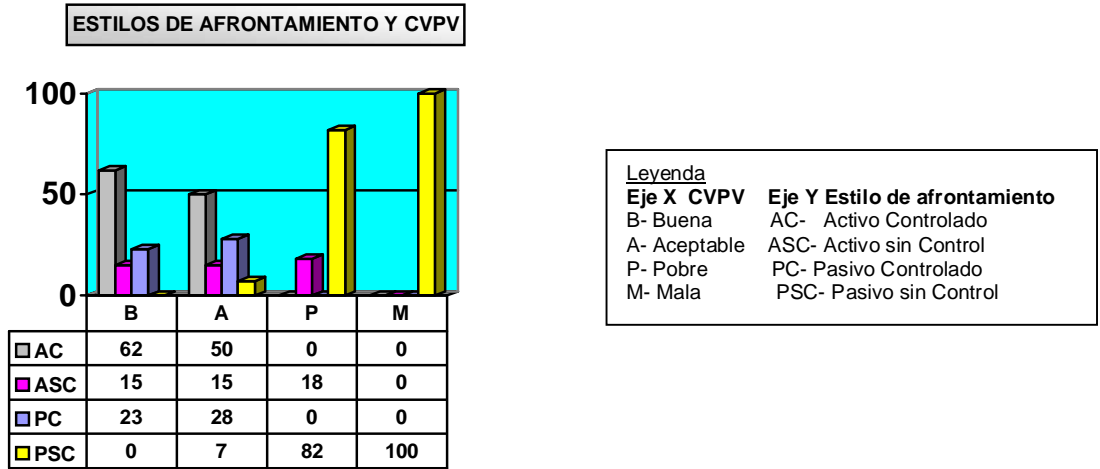
- Estilos de Afrontamiento

.....*"Arte de vivir en paz con aquello que no puedas cambiar".
"Tener coraje para cambiar aquello que pueda ser cambiado".
"Sabiduría para conocer diferencias".....*

El resultado de la prueba estadística arroja un nivel de significación menor a 0.05 ($p= 0,0002$) por lo que el indicador resulta útil para diferenciar las categorías de CVPV en la población estudiada. Se concluye que los estilos controlados tanto activos como pasivos, se relacionan con categorías más positivas de CVPV y viceversa. El gráfico muestra, como de manera general, en la categoría de *buena* CVPV, predominan los estilos de afrontamiento activos (62 % ,8 casos) y pasivos (23 % ,3 casos) controlados.

Lo observado indica que el estilo de afrontamiento asumido por la mayoría de los sujetos que valoran buena su CV, privilegia el control conductual y emocional (85 %) lo que facilita la conducta ajustada al medio y, con ello, la eficacia adaptativa.

GRÁFICO 3. CATEGORÍAS DE CVPV Y EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO



$p < 0.05$

Las personas que valoran *aceptable* su CV, asumen un estilo de afrontamiento similar (activo 50 %, 34 casos y pasivo 28 %, 19 casos) con control, pero comienza a presentarse la ausencia del mismo, asociado a los estilos tanto activo como pasivo (15 %, 10 casos y un 7 %, 5 casos respectivamente). En esta categoría se encontraron personas en las cuatro categorías establecidas para operacionalizar el estilo de afrontamiento en el estudio, pero siguen predominando (75 %) los estilos controlados, en menor medida que en la categoría anterior.

En las categorías *pobre* y *mala* el control asociado al estilo de afrontamiento está ausente, lo que reitera la significación del elemento control, indicador de que la persona se siente responsable de su accionar en la vida, lo que indirectamente fortalece su autovaloración, y en percibir y vivenciar de manera positiva la CV. Se observa además, que en las categorías negativas de CVPV, los estilos de afrontamiento activos se representan en menor medida y llegan a estar ausentes en la valoración de mala CV personal.

Desde el punto de vista clínico, se observó que el estilo activo potencia una actitud más protagónica, esperanzadora y optimista para enjuiciar y afrontar la existencia, sobre todo si el estilo asumido está contextualizado respecto a las condiciones del medio y armoniza con características personales del sujeto, independientemente de los relativos ajustes que pueden proporcionar los estilos pasivos con control que en cierta medida tienen una presencia no despreciable en las personas con buena y aceptable CVPV.

Se constata por los resultados empíricos lo expuesto por Font (1990), Hernández (1996), Urzúa y otros (2005), al expresar que los afrontamientos deben tener presente las exigencias del contexto en que se ponen a prueba. Los afrontamientos activos o pasivos pueden ser adecuados para fomentar valoraciones de CV positivas siempre que estén en función de las propias demandas que el medio impone, es decir, contextualizados, confirmando el planteamiento de Lazarus y otros, al valorar que el afrontamiento puede o no tener éxito para la conducta adaptativa (Sánchez y Sánchez, 1994; López, 1999; Pelechado, 1999).

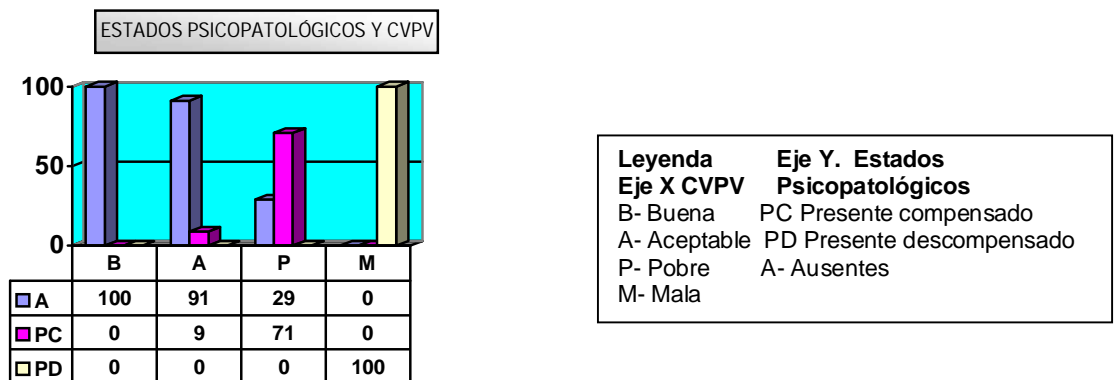
- Presencia de estados psicopatológicos

“El hombre disfuncional es aquel que ha perdido la confianza en sí mismo y en el mundo que le rodea, es aquel que percibe el futuro con un sentido de desesperanzas, y que siente que no es querido o que ha perdido su capacidad de amar”

El resultado de la prueba estadística aplicada arroja un nivel de significación menor que 0.05 ($p = 0,00005$). Se concluye que la presencia de estados psicopatológicos provoca percepciones y vivencias más negativas respecto a la realidad y la calidad que se le atribuye, y por tanto, la CVPV se ubica en categorías más negativas, mientras que la ausencia de síntomas y estados psicopatológicos fomenta una mejor percepción, vivencia y aceptación de la realidad y su calidad, expresada en categorías positivas (*buena y aceptable*).

En la gráfica se observa el predominio de la ausencia de estados psicopatológicos en las categorías buena y aceptable (100% ,13 casos y 91%, 62 casos respectivamente). En la totalidad de los casos que se ubican en la categoría de buena CVPV está ausente la presencia de sintomatología psicopatológica evidente, lo que apunta en estas personas a la existencia de lo que se ha definido como salud mental.

GRÁFICO 4. CATEGORÍAS DE CVPV Y ESTADOS PSICOPATOLÓGICOS



$p < 0.05$

En un 9 % de los casos (6 personas) de la categoría aceptable, se detectan malestares psicológicos y vivencias psíquicas negativas de alguna intensidad, duración y generalidad, compatibles con reacciones transitorias leves de tipo depresivo ansioso y algunos trastornos neuróticos que estaban compensados, sin llegar a constituirse en nítidas entidades psiquiátricas o psicopatológicas, en el momento de la evaluación.

Se observa que lo contrario ocurre en las categorías negativas, en las que predominan la presencia de estados psicopatológicos compensados (71%, 12 casos) para la categoría pobre y en el 100% de los casos (2 personas) que se ubican en la categoría *mala* CVPV, se diagnostican estados psicopatológicos descompensados en el momento de su evaluación. Se constata lo expresado en dirección a que la presencia de estados psicopatológicos puede incidir de manera negativa, sobre la percepción y vivencia de CV, planteamiento que es ampliamente referido en la literatura consultada (Ruef, y Turnbull, 2001; Skinner, 2002; Sierra, Livianos y Rojo, 2006; Schwartzmann, 2003; Cerda, Pino y Urrutia, 2006; Rodríguez, Dolengevich, Candia, Navio, Saiz y otros, 2006; Oramas, 2007; Salina y Díaz, 2008; Díaz, 2008).

- Autovaloración

“El éxito se logra al alcanzar lo deseado y la felicidad en desear lo alcanzable”

Al aplicar la prueba estadística se obtiene un nivel de significación menor que 0.05 ($p= 0,0306$) y se concluye que la CVPV es más positiva cuando predomina la tendencia a la autovaloración adecuada y viceversa. Este resultado apunta hacia el valor y la importancia de este indicador por lo que traduce para el desarrollo armónico del hombre. Las autovaloraciones adecuadas fueron predominantes en sentido general en el estudio realizado, con 66% de representatividad (66 casos), y sobre ellas se sostiene la valoración positiva de la CV en 58% de la muestra total, es decir en 58 casos que formaron la muestra.

Solo 8 % de personas con autovaloración adecuada, no quedan ubicados en categorías positivas CVPV (*buena* y *aceptable*) donde la función valorativa de la autovaloración toma una dirección negativa y la función defensiva decrece. Las autovaloraciones inadecuadas por exceso y las fluctuantes se diagnosticaron en 17% y 15% respectivamente. La inadecuada por defecto (2%) resultó el tipo de autovaloración menos diagnosticada y, a la vez, la que se vincula de manera predominante con la categoría de *mala* CVPV en la

muestra estudiada. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios (Pereira, N'guyen, y Díaz, 2002; McKcee, Díaz y Vázquez, 2006; Williams, y Díaz, 2006; Díaz, 2007b, 2008, 2008a), ubicándose más personas en categorías positivas si tienen autovaloraciones adecuadas, y se observa mayor variabilidad del tipo de autovaloración en categorías intermedias, así como predominio de autovaloraciones inadecuadas por defecto en la categoría más negativa.

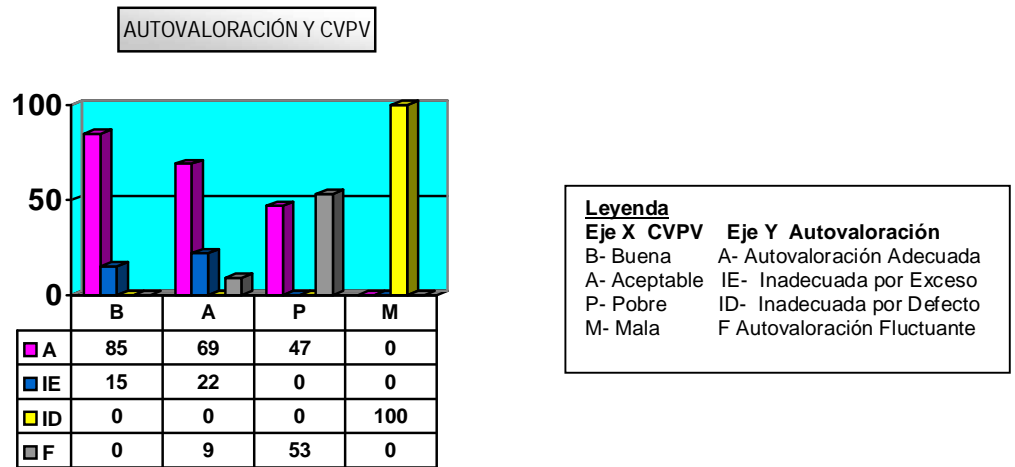
Como se observa en la gráfica, en las categorías de *buena y aceptable CVPV* predomina el diagnóstico de autovaloraciones adecuadas (85 %, 11 personas y 69 %, 47 casos respectivamente). Se observa no obstante que en la categoría *aceptable CVPV*, comienzan a diagnosticarse de manera más frecuente autovaloraciones inadecuadas por exceso (22 %, 15 casos) y en menor cuantía las fluctuantes (9 %, 6 casos). No se diagnostican autovaloraciones inadecuadas por defecto en ninguna de las personas ubicadas en ambas categorías, lo que puede ser un indicador de que las personas que se ubican por su valoración personal en las categorías más positivas tienden a no devaluarse, constituyendo un dato muy importante.

De manera general, se observa una menor presencia de autovaloraciones adecuadas en la medida que se hace más negativa la valoración personal de CV y un incremento de su inadecuación e inestabilidad reguladora. Este dato puede indicar que la adecuada función reguladora de la autovaloración asociada a su estabilidad y a su función valorativa y defensiva en dirección positivas, resulta un recurso personal efectivo para potenciar las valoraciones de la vida y su calidad.

Para la categoría *pobre CVPV* predominan las autovaloraciones fluctuantes (53 %, 9 casos) seguida de las adecuadas (47 %, 8 casos), sin que se apreciaran en esta muestra las inadecuadas por exceso o defecto. En la categoría de *mala CVPV*, 100% de los casos se les diagnostica una autovaloración inadecuada por defecto, es decir, los dos casos ubicados en esta categoría.

Resulta importante precisar que los datos mostrados en la gráfica relacionan la función reguladora de la autovaloración, según los criterios de adecuación y estabilidad (adecuada, inadecuada por exceso o defecto e indeterminada o fluctuando) y la valoración personal de buena, aceptable, pobre y mala CVPV.

GRÁFICO 5. CATEGORÍAS DE CVPV Y AUTOVALORACIÓN



$$p < 0.05$$

Desde este análisis se valora que el predominio de la autovaloración adecuada en las categorías positivas de CVPV puede indicar el ajuste del individuo con el medio, de satisfacciones y comportamientos eficientes, selección de recursos y afrontamientos adecuados para lograr metas y propósitos personales, pero no excluye que otras formas de autovaloración puedan sostener valoraciones positivas de CV, pues como anteriormente se expresó, el medio puede contribuir facilitando u obstaculizando el alcance de metas y objetivos y viceversa, es decir, que a pesar de autovalorarnos de manera adecuada, el alcance de nuestras metas pueden verse mermadas por obstáculos o situaciones externas que comprometen nuestro proyecto de vida y la CV que podemos alcanzar, y es un argumento para comprender por qué a pesar de tener una tendencia autorreguladora adecuada, su función valorativa pueda tornarse en dirección negativa.

Comprender esta reflexión devenida desde los datos observados, hizo retomar aspectos medulares de la autovaloración como importante mecanismo regulador (como son su función valorativa y defensiva), las cuales juegan un papel importante al evaluar y valorar los objetos y fenómenos de la realidad, el alcance de nuestras aspiraciones, metas, expectativas, producción de estados displacenteros, etc., aspectos que se revelan de manera clara en el estudio de casos a profundidad.

Así por ejemplo, personas que se sobrevaloran, al exponer un criterio valorativo sobre los aspectos estudiados, podían hacerlo en dirección positiva o negativa pero siempre sobredimensionándolos..."es lo peor, nada sirve, no hay nada mejor, es lo máximo, nada es imposible para mí, todo lo que tengo es muy bueno, estoy mucho mejor que otras personas"... etc. Por el contrario, las personas que se subvaloran, tiende a subestimar realidades positivas y negativas, de manera tal que expresaban..." pensé que era más malo, las cosas se me dan y por ello las tengo... nada se puede hacer aunque me insisten yo no puedo mejorar, nada bueno puede pasarme, lo que tengo de nada me sirve para superar los problemas que tengo, no es malo pero de nada me sirve"... La función valorativa positiva o negativa, cumple además, una función defensiva, repercutiendo en ajustes o desajustes logrados y en una valoración final de CV.

Por otra parte, personas que se autovaloran de manera adecuada, podían revelar la dirección positiva o negativa al evaluar sus realidades. Así por ejemplo, algunos expresaron que..."no han logrado cosas alcanzables para ellos, que estaban muy limitados por las condiciones de vida actuales, que por lo que son y hacen podrían estar viviendo mejor"... Otros sin embargo expresaban que..."lo que se logra es por esfuerzos, siempre hay algo que hacer y mejorar, cuando no se puede hay que tomar distancias, haber alcanzado cosas muy importantes y necesarias, todo no se puede tener a la vez"... , etc.

La dinámica que encierra la función reguladora, valorativa y defensiva de la autovaloración al valorar la CV, personal exponen la complejidad y riqueza que encierra esta variable en el estudio realizado, y devela además, las relaciones no lineales que pueden establecerse con otras variables que se estudian, y por tanto, el efecto sistémico, que implica ver las variables interactuar de manera compleja y no como causa efecto, visión que reduce la comprensión holística e integral de la participación de diferentes variables en la CV personal.

Los análisis realizados permiten distinguir a la autovaloración, como una variable muy importante para la valoración de CV personal, y se sugiere en posteriores análisis incluir la evaluación respecto al grado de madurez autovalorativa, por la incidencia que puede tener para las otras funciones que desempeña.

- Relaciones interpersonales

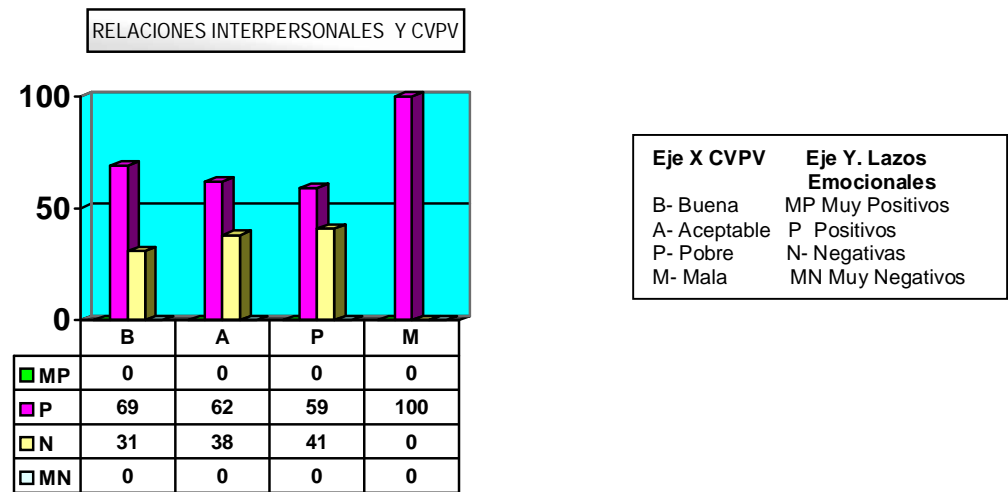
Al aplicar la prueba estadística, los resultados ofrecen un nivel de significación mayor que 0.05 ($p= 0,0705$) y, por tanto, este indicador no alcanza significación estadística en el estudio, por lo que no resulta útil en la diferenciación de las categorías de CVPV a nivel de la población. No encontrar suficientes evidencias que avalen las relaciones entre la percepción y vivencia de la CV y la valoración de la calidad de las relaciones interpersonales en el estudio realizado, no debe conducir a restarle la debida importancia a esta variable, declarada como un recurso de apoyo social percibido, y que interviene en la producción de niveles positivos para la salud, el bienestar emocional y la valoración positiva de la existencia.(Amigo, 1998; Pelechado, 1999; Roca y Pérez, 1999; Blanco, Pérez, Álvarez, García, Bejar, y otros, 2004; Campi Benavent, Olona, y Berga, 2004; Urzúa y otros, 2005).

Se observa en el siguiente gráfico, que ninguna persona de la muestra, valoró como muy positiva o muy negativa las relaciones interpersonales con las personas más significativas. Se observa no obstante con diferencias poco acentuada, como las valoraciones positivas respecto a las relaciones interpersonales van disminuyendo en la medida que las categorías CVPV se hacen más negativas (69%, 62 % y 59% respectivamente) y se rompe la secuencia en la categoría CVPV mala.

De igual manera se observa que, la valoración sobre las relaciones interpersonales en dirección negativa aumenta en la medida que la CVPV es menor (31 % negativa en buena CVPV, 38 % en aceptable y 41 % en pobre). Los resultados exponen que con independencia de la categoría en que se valoró la CVPV, las personas valoran de manera positiva y negativa sus relaciones interpersonales, sin poder diferenciar una dirección de relaciones claras en una u otra dirección.

Las relaciones observadas entre la valoración sobre la calidad de las relaciones interpersonales y las categorías positivas y negativas de CVPV, nos hicieron retomar lo expresado por autores como Roca y Pérez (1999), quienes expresan que el apoyo social percibido no siempre se asocia con el significado atribuible a la palabra apoyo, que evoca un sentido positivo, sino que puede valorarse en función negativa, al reforzar el malestar o la conducta inadecuada, y por consiguiente incidir en la producción de estados displacenteros o ayudar a fomentar el displacer y la conducta inadecuada, pero son percibidos de manera positiva.

GRÁFICO 6. CATEGORÍAS DE CVPV Y RELACIONES INTERPERSONALES



$p > 0.05$

Estas reflexiones pueden resultar válidas para comprender el resultado del estudio, que deberá profundizarse posteriormente.

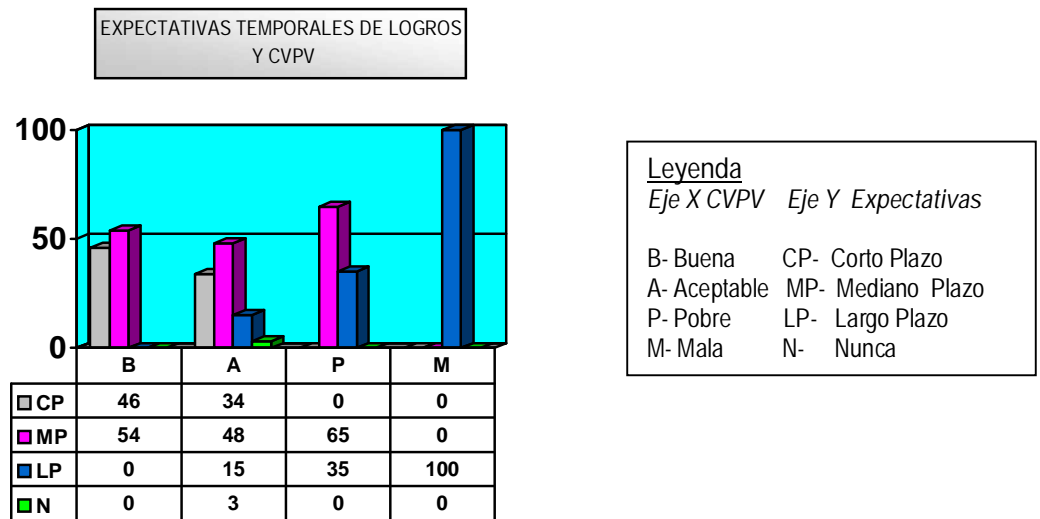
- Expectativas temporales de logros

“Vivimos en constante lucha para ser lo que realmente queremos y no lo que somos, y cuanto más logremos acortar la distancia, mejor será nuestra calidad de vida”
Alba Gaspajano (Cit. Díaz, 1999)

Al aplicar la prueba estadística, se obtiene una significación menor que 0,05 ($p = 0.009$), por lo que se puede afirmar que la distancia en que se formulan las expectativas de logros permite diferenciar las categorías de CVPV, encontrándose que a medida que se estiman más cercanas, la CVPV se valora de manera más positiva y viceversa. La esperanza de que algo bueno y pronto acontecerá, potencia una mejor percepción y vivencia de CV.

Como se muestra en la siguiente gráfica, el predominio de las expectativas a corto plazo, característico de una postura optimista ante la certeza de lograr propósitos, quedó representado en el grupo de sujetos que valoraron *buena* y *aceptable* su CV (46% y 34 %) es decir, 6 y 23 casos respectivamente. El predominio de expectativas a corto plazo no se observó en personas que valoran *pobre* y *mala* su CVPV.

GRÁFICO 7. CATEGORÍAS DE CVPV Y EXPECTATIVAS TEMPORALES DE LOGROS



El predominio de las expectativas a mediano plazo se concentró en la categoría *pobre* (65%, 11 casos), *buena* (54%, 7 casos) y *aceptable* (48%, 33 casos) CVPV, en cuya tendencia existió más variabilidad que en las de corto plazo. El predominio de expectativas de largo plazo se observa más en las categorías de *mala* CVPV (100%, 2 casos) y *pobre* (35%, 6 casos), pero aparece con menor cuantía, en *aceptable* (15%, 10 casos). En las categorías intermedias se observa mayor variabilidad de esta variable, aspecto señalado con anterioridad para otras variables y que a la luz, de los análisis realizados, nos remite nuevamente a las relaciones entre las funciones autorreguladora, valorativa y defensiva de la autovaloración, por ser en ambas categorías donde más variación se observa en los tipos de autovaloración diagnosticada.

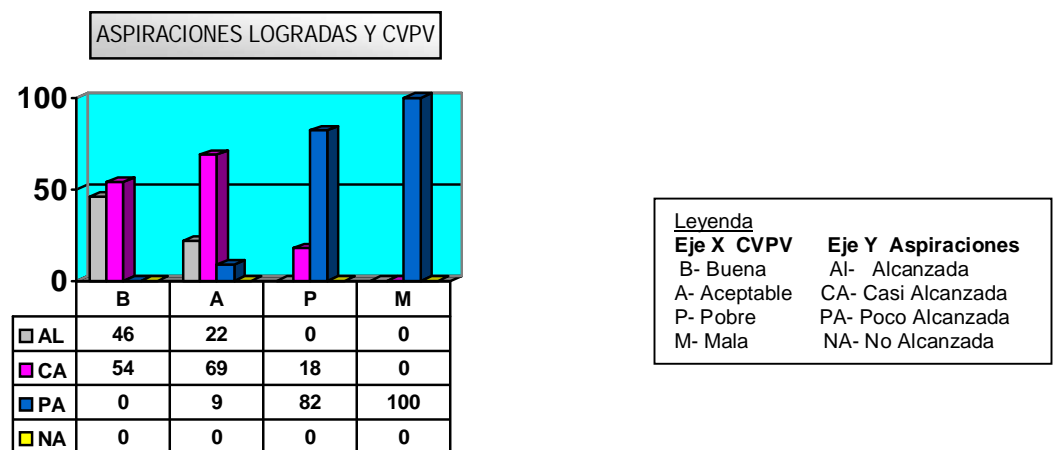
La distancia temporal que se observa y describe para las expectativas de logros sugiere que, en la medida en que sea más corta, se potencian y perciben mejores valoraciones de CVPV. Se confirman, de manera predictiva, las formulaciones que desde el concepto operacional se formulan para potenciar valoraciones positivas de CVPV, y se concluye que las expectativas más cercanas afianzan la vivencia de CV en categorías más positivas y viceversa, aspectos que se contemplan en las valoraciones teóricas del modelo elaborado.

- Aspiraciones logradas

La prueba estadística arroja una significación menor que 0,05 ($p= 0,00006$), por lo que se concluye que el indicador resulta útil para diferenciar las categorías CVPV en la población objeto de estudio. Las relaciones observadas afirman que en la medida que lo aspirado se ha podido alcanzar, la CV se valora de manera más positiva y viceversa. En el estudio realizado, las aspiraciones se analizan por su alcance o consecución, y no por su amplitud o riqueza.

Como se observa, en el siguiente gráfico que se muestra más adelante, las aspiraciones alcanzadas o casi logradas (46 % y 54 %), predominan en la categoría *buena* CVPV. Comportamiento similar se observa para la categoría *aceptable* (69 %, alcanzadas y 22%, casi alcanzadas). En la categoría *pobre* CVPV, prevalecen las aspiraciones poco alcanzadas (82 %, 14 casos), seguidas de las *casi logradas* (18 %, 3 casos); y en la categoría *mala* CVPV, el 100 % (2 casos) ubica el alcance de sus aspiraciones como poco logradas.

GRÁFICO 8. CATEGORÍAS DE CVPV Y ASPIRACIONES LOGRADAS



$$p < 0.05$$

Este dato resalta el planteamiento de García e Ibáñez (1990) al citar a Andrews y Robinson quienes al referirse a las influencias del nivel de aspiraciones y su alcance en los sentimientos subjetivos de bienestar como sinónimo de CVP, expresan que si los logros superan el nivel de las aspiraciones, se producen altos niveles de bienestar subjetivo, pero no necesariamente superiores a cuando los logros sean equivalentes al nivel de aspiraciones.

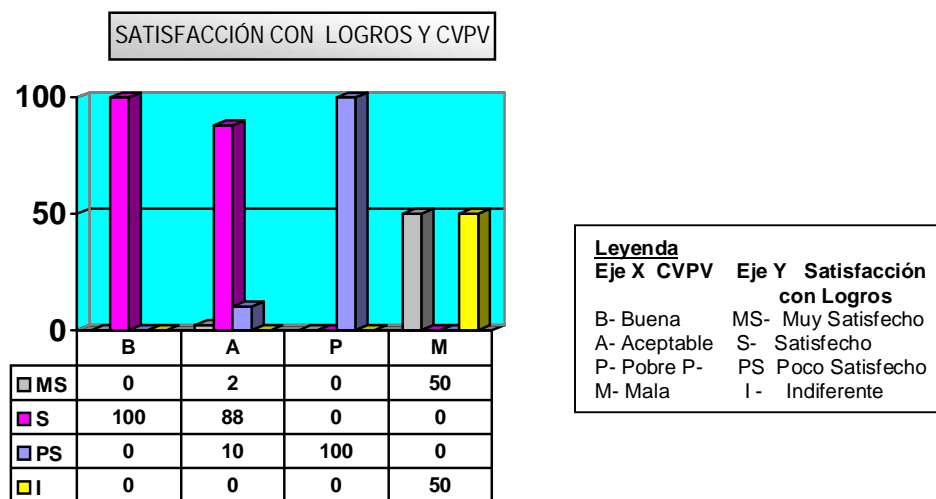
No se expresan aspiraciones alcanzadas en las personas ubicadas en las categorías negativas (*pobre y mala*) de CVPV, como se observa en la gráfica. Ello podría ser explicado por una devaluación de los logros a la luz de las necesidades actuales y jerarquizadas para conservar prioridades individuales que están carentes e insatisfechas, que a verdaderas ausencias de logros o alcance de aspiraciones. De igual manera ello podría indicar cierta frustración e insatisfacción personal ante el hecho de prácticamente no haber logrado ninguna de las aspiraciones más relevantes.

- Satisfacción con el nivel de logros

“La felicidad no consiste en las muchas cosas poseídas, sino en el modo de gozarlas, aunque sean menos” Francisco Suárez (cit. por Díaz, 2008)

La prueba estadística aplicada arroja un nivel de significación menor a 0.05 ($p= 0,0001$). Se concluye que el grado de satisfacción con lo logrado permite diferenciar las categorías de CVPV, al observarse que la satisfacción con los logros obtenidos repercute de manera positiva en la CVPV y viceversa.

GRÁFICO 9. CATEGORÍAS DE CVPV Y SATISFACCIÓN CON LOGROS



$p < 0.05$

En el gráfico se observa que 100 % de los casos (13 personas) que se valoran con *buena* CVPV, están satisfechos con sus logros, y ninguno se ubica en posiciones de pocos satisfechos o insatisfechos. Tampoco aparecen personas como muy satisfechas. En la categoría *aceptable* se observa un comportamiento similar, aunque con mayor dispersión, donde 88 % (60 casos) valoran estar satisfechos con sus logros, y aparecen

pocos casos muy satisfechos (2 %, una persona). Sin embargo, 10 % (7 casos) que se ubican en esta categoría expresan estar poco satisfechos con sus logros, lo que puede justificar su ubicación en esta categoría (aceptable) y no en la superior (buena).

En la categoría de *mala* CVPV, los casos se distribuyen de manera equitativa como muy satisfechos (50 %) e insatisfechos (50 %) con lo logrado. Su comportamiento puede ser resultado, de la confluencia de otros factores así como la participación y efecto de una variable sobre el resto, que no siempre es lineal, ni igual en todas las personas, así como de factores personales y sociales presentes.

Este resultado expone el carácter dinámico e integrador de las variables que intervienen sobre la CVP, y confirma el planteamiento de autores (Font, 1990; Hernández, 2002; Lopategui, 2003; Yamamoto, 2007) quienes afirman que el peso de las variables puede ser diferente en cada individuo y, aún más, los cambios ocurridos en una de ellas, pueden ocasionar cambios en las restantes.

- *Vivencias actuales*

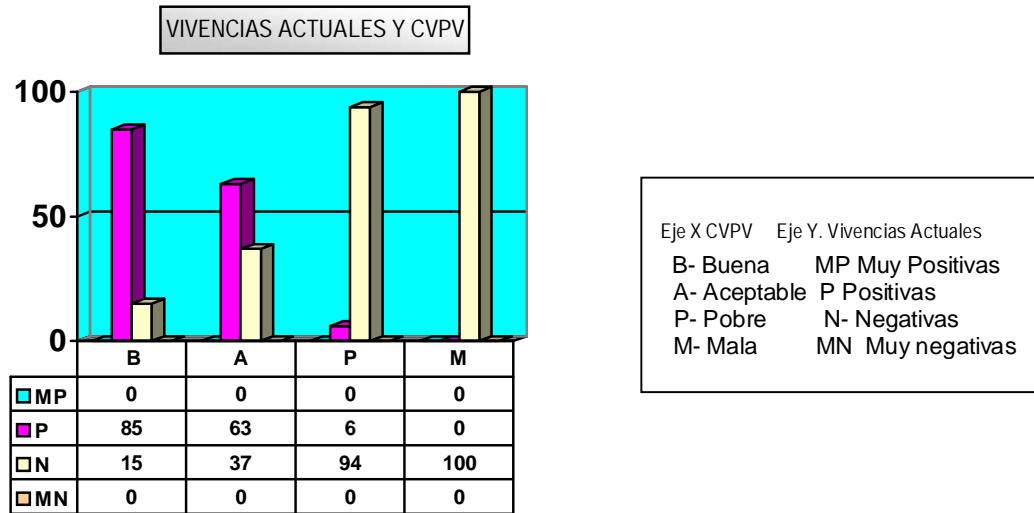
La prueba estadística arroja un nivel de significación menor a 0,05 ($p= 0,0002$), y se concluye que las relaciones observadas entre las categorías de CVPV y las vivencias actuales sugieren que, en la medida en que predominen las vivencias positivas, la CVPV tiende a presentarse en categorías superiores (*buena* y *aceptable*) y viceversa, lo que permite la diferenciación de las categorías definidas de CVPV en su relación con las vivencias actuales.

En el siguiente gráfico se muestra que el predominio de vivencias muy positivas o muy negativas está ausente en la muestra general, lo puede ser un indicador a que la muestra estudiada no sobredimensiona las vivencias positivas indicadoras de bienestar, ni las negativas indicadoras de malestar. Se observa no obstante, que hay una tendencia que discrimina claramente las valoraciones positivas y negativas de CV.

El predominio de vivencias actuales positivas es más característico del grupo de personas que valoran de manera positiva su CVPV (*buena* con 85 % y *aceptable* con 63%), es decir, 11 y 43 casos respectivamente. Mientras, las vivencias negativas se concentran en las categorías más negativas, es decir, en los que valoran *pobre* su CVPV con 94 % y *mala* en 100%.de los casos. No obstante, se observa la presencia de vivencias

predominantemente negativas en 15 % (2 casos) de los sujetos que valoran su CV como *buena*, y en 37 % (25 casos) de *aceptable*.

GRÁFICO 10. CATEGORÍAS DE CVPV Y VIVENCIAS ACTUALES



$P < 0.05$

Este último resultado indica la presencia de malestares actuales en las personas que se ubican en estas categorías, pero que no llegan a generalizarse de manera tal que incidan en las evaluaciones de la realidad impidiendo que se perciba de manera positiva la existencia, con lo cual se logra un equilibrio.

El 70 % de los casos estudiados expresaron estar satisfechos consigo mismos y un 91 % de los sujetos valoran como positiva su vida actual, datos que se obtienen del análisis devenido del registro de datos utilizado en el estudio y que al realizar la triangulación de técnicas para analizar el contenidos que analizan, permiten exponer una visión más integradora al valor las experiencias emocionales actuales para atribuirle a la vida una determinada calidad.

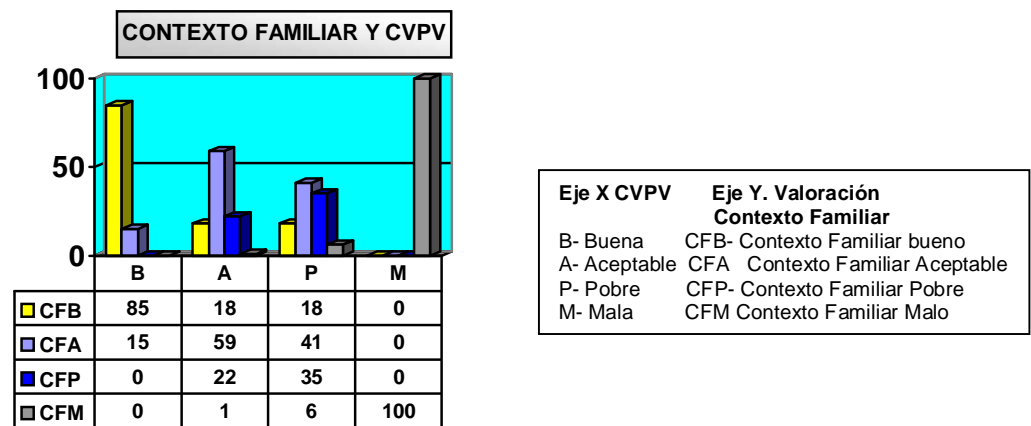
VARIABLE VALORACIÓN DE LOS CONTEXTOS DE VIDA Los resultados respecto a esta variable se comentan a continuación.

Valoración del contexto familiar

Los resultados de la prueba estadística arrojan un nivel de significación menor a 0.05 ($p = 0,0070$), y se concluye que la valoración del contexto familiar resulta importante para comprender y diferenciar las

categorías de CVPV, permitiendo afirmar que la presencia de una valoración positiva o negativa sobre el contexto familiar, se relaciona con la valoración de la CV personal, y hace más positiva o negativa su percepción y vivencia.

GRÁFICO 11. CATEGORÍAS DE CVPV Y CONTEXTO FAMILIAR



p < 0,05

Como se puede observar, los sujetos ubicados en la categoría de *buena* CVPV valoraron de manera satisfactoria (100%, 13 casos) el contexto familiar en los que están insertados, 85 % de los sujetos de esta categoría (11 personas) valoran como buenas las condiciones, logros y relaciones en el contexto familiar, y 15 % (2 casos) las valoran como aceptable. De esta forma, todos los individuos ubicados en la categoría de buena CVPV expresaron satisfacción con su medio familiar, lo que nos puede conducir a la convicción de una sólida relación entre una buena valoración de CV y la satisfacción con lo que acontece en el entorno familiar.

En la categoría *aceptable* CVPV, la mayoría de los casos valoran como aceptable las condiciones, logros y relaciones de su contexto familiar (40 sujetos, 59 % de los ubicados en esta categoría), 22 % (15 personas) lo valoran como pobre, y 18 % (12 casos) como buena. Una sola persona, que representa el 1% del total de casos de los ubicados en esta categoría, valoró su contexto familiar como malo. Se valora cómo en esta categoría, las valoraciones son más diversas, y son menos positivas que en la categoría anterior, pero sigue predominando la valoración satisfactoria del contexto familiar en los casos que se ubican con *aceptable* CVPV (52 casos, 76,4%).

En la categoría de *pobre* CVPV, 41 % de los casos (7 personas) valora de manera aceptable su ambiente familiar, 35 % (6 casos) lo valoró como pobre, y 18 % (3 casos) lo valora como buena.

Llama la atención que las diferencias entre la valoración aceptable y pobre del contexto familiar en este grupo, son mínimas, por lo que se observa una tendencia a presentar dificultades en el medio familiar en las personas que se ubican por su valoración personal en la categoría de *pobre* CVPV, valorándose, además, por una persona (que representa el 6%) de manera directa como malo el contexto familiar en que vive. En la categoría de *mala* CVPV, el 100% de los casos (2 personas), valoró su medio familiar de manera negativa.

La familia constituye una importante red de apoyo social y, por tanto, un recurso externo para afrontar problemas, proporcionar afectos, recompensas, etc., aspectos que facilitan y hacen que la vida se torne más o menos agradable. Un medio familiar hostil favorece la producción de malestares y estados psíquicos negativos que pueden tornarse hasta patológicos, e influir negativamente sobre la valoración de la CV, desde el punto de vista personal. Estos resultados confirman la importancia de este contexto para la CVP, planteada por múltiples investigadores tales como, Font (1990^a), Rodríguez, Pastor, y López- Roig (1993), Sánchez-Cánovas y Sánchez (1994), Cabreja y Díaz (1998), Simóm (1999), Lloy, y King (2001), Skinner (2002), Loos, Briançon, Frimac, Hanesse y Kessler, (2003), Mikulic y Arenas (2004), Reyes (2004), entre otros.

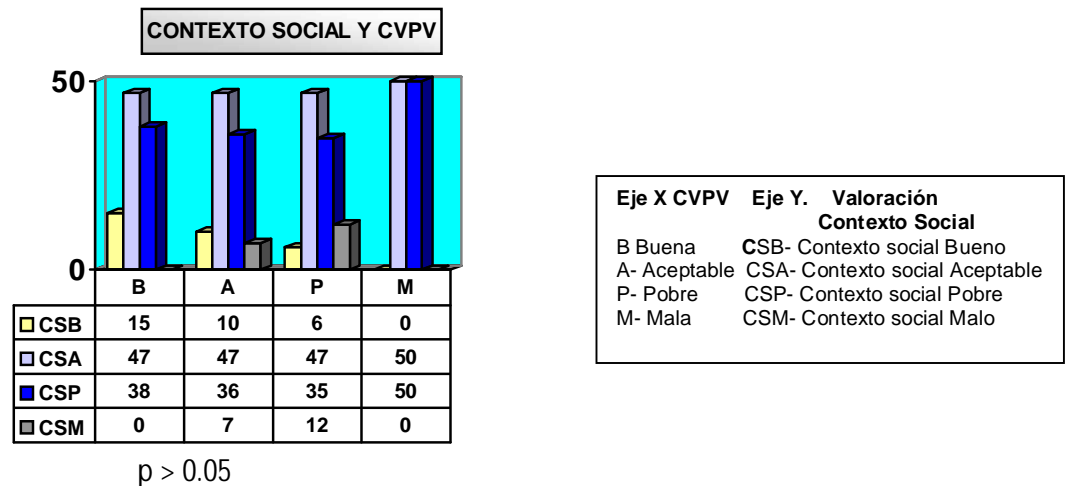
Valoración del contexto social

Las relaciones descritas entre la valoración del contexto social y las categorías de CVPV en la muestra, no mostraron significación estadística en el estudio, al obtener un nivel de significación mayor que 0,05 ($p=0,0701$), y por tanto, no permite diferenciar las categorías de CVPV en la población de estudio.

No encontrar evidencias estadísticas para relacionarlos, no niega la importancia que tiene el contexto social para potenciar y fomentar valoraciones positivas de CV en las personas, y se sugiere profundizar en nuevas investigaciones. Este contexto se relaciona con las actividades de tiempo libre, de ocio, recreación, etc., y todos estos factores se valoran como fortalezas para promover salud mental, social y física, el disfrute de una vida plena y, por tanto, mejorar la calidad de nuestras vidas.

Como se muestra en la gráfica, los sujetos ubicados en la categoría de *buena* CVPV, valoran como aceptable el contexto social en que desarrollan sus vidas, con un 47 % de representatividad (6 casos), siendo ésta la valoración predominante para esta categoría. Sin que se observen grandes diferencias, 38 % de los casos ubicados en esta categoría (5 personas) valoró como pobre su vida social y las posibilidades actuales para tener una vida más activa y agradable socialmente.

GRÁFICO 12. CATEGORÍAS DE CVPV Y CONTEXTO SOCIAL



En esta categoría, ninguna persona evaluada valora como mala su vida social, aunque solo dos casos (15 %) consideran que el contexto social en que se encuentran es bueno, y consideran su vida social con disfrute y activa. En la categoría de *aceptable* CVPV, el comportamiento de la muestra es similar al anterior, ya que el mayor número de personas ubicadas en esta categoría valoran el contexto social de sus vidas como aceptable (47%, es decir 32 casos), y 36 % (24 personas), como pobre. Por otra parte, 7 personas (10%), valoran como bueno el contexto social donde se desenvuelven sus vidas, y 7 % (5 personas) lo valoran en la categoría más negativa, es decir, como malo.

En la categoría de *pobre* CVPV, la valoración que predomina sobre el contexto social, sigue siendo la de aceptable (8 casos, 47 %), seguida por pobre (35 %, 6 casos), pero se incrementa en esta categoría el por ciento de personas que valoran como malo el contexto que se analiza, y su situación social de vida (12 %, 2 casos), y a la vez, disminuyen el de las personas que valoran como bueno este contexto (1%) si se compara con las categorías analizadas anteriormente (*buena* y *aceptable*).

Es en la categoría de *pobre* CVPV, donde se encuentra el mayor número de personas (y no el por ciento, según la proporción de casos) que valoran como negativo el contexto social. En la categoría de *mala* CVPV, las valoraciones ofrecidas acerca del contexto social en que están inmersos, se distribuyen de manera equitativa entre aceptable (50 %, 1 caso), y pobre (50 %, la otra persona), lo que constituye un indicador de su irregularidad, a pesar de tratarse de una muestra muy pequeña (2 personas).

De manera general, se observa, según respuestas ofrecidas por las personas evaluadas en las interacciones rostro a rostro con ellas, que las facilidades (materiales o satisfacciones espirituales) para establecer contacto y compartir con familiares y amigos, así como el acceso a lugares de esparcimientos, son valorados como deprimidos o no satisfechos, al momento de la evaluación.

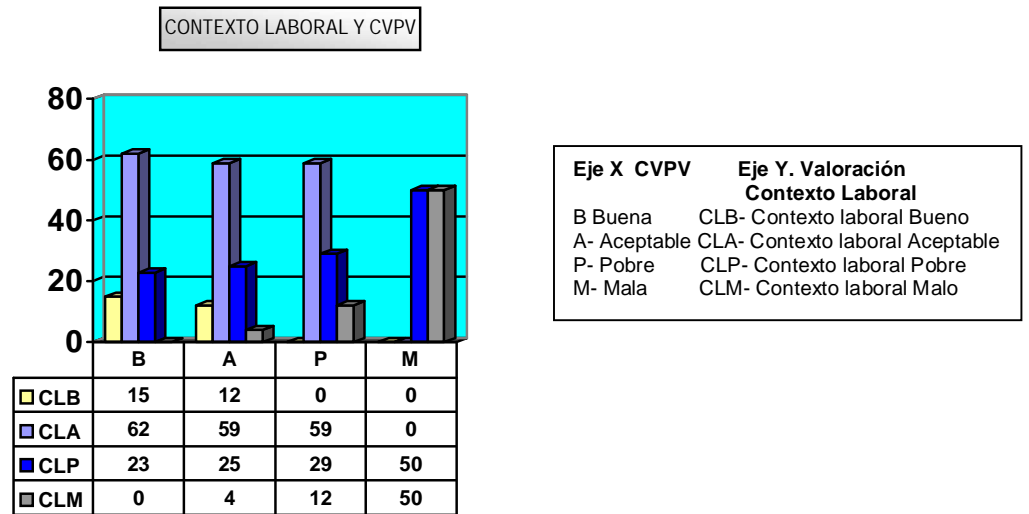
Valoración del contexto laboral

Al aplicar la prueba estadística se obtiene un nivel de significación mayor que 0.05 ($p= 0,076$) por lo que la valoración respecto al contexto laboral no resultó significativa para diferenciar las categorías de CVPV en la población estudiadas. Se observa en la gráfica, que los sujetos ubicados en la categoría de buena CVPV, valoran el contexto laboral como aceptable de manera predominante, en 62 % de los casos (8 personas), y 23 % (3 personas) como pobre. Solo 15 % de los casos (2 personas) en esta categoría, valora el contexto laboral como bueno, y nadie lo valora malo.

En la categoría de *aceptable* CVPV se valora también de manera predominante el contexto laboral como aceptable (40 personas) que representan 59 % de los casos ubicados en esta categoría, seguido de la valoración de pobre en un 25 % de los casos vistos (17 personas). Por otra parte, 8 sujetos (12 %) en este grupo, valoran como bueno sus contextos laborales, pero 4 % (3 casos) expresó que sus contextos laborales eran malos.

Por su parte, en la categoría de *pobre* CVPV, 10 personas (59 %) valoran como aceptable el contexto laboral en que se desempeñan actualmente, y 29 % (5 casos), lo valora como pobre. Solo dos personas (12 %) lo catalogan como malo.

GRÁFICO 13. CATEGORÍAS DE CVPV Y CONTEXTO LABORAL



$p > 0.05$

Para la categoría *mala* CVPV, resulta llamativo cómo 100 % de los casos de esa categoría valoran este contexto de forma no satisfactoria, 50 % como pobre y el otro 50 % como mala (un caso, en cada caso). En esta categoría de CVPV se observan las mayores insatisfacciones vinculadas a la esfera laboral o al trabajo que realizan (se valoró dentro de este contexto las labores en la casa, para las personas que eran amas de casa).

Es importante expresar que en el estudio de casos afloran algunas cuestiones interesantes al analizar el contexto laboral de vida. Así, por ejemplo, se expresaron problemas en los contextos laborales vinculados con los bajos salarios, la carestía de la vida y condiciones inadecuadas en los centros laborales, pero, a la vez, las personas expresaban que “el trabajo los despejaba de las cosas de la casa, los mantenía socialmente activos, les garantizaba una entrada fija de dinero”, y otras valoraciones que se interpretan como compensaciones y reajustes frente a deprivaciones que en sentido general, afectan la vida laboral, en las condiciones socioeconómicas actuales del país.

Las amas de casa se quejaron de “trabajar más que las mujeres trabajadoras, tener el recargo de hijos o esposos para que les hicieran todo, las dificultades para inventar qué cocinar”, etc. pero, a la vez, preferían ser ellas quienes hicieran las cosas, porque “otros las hacen diferentes o peor, derrochan recursos que están muy

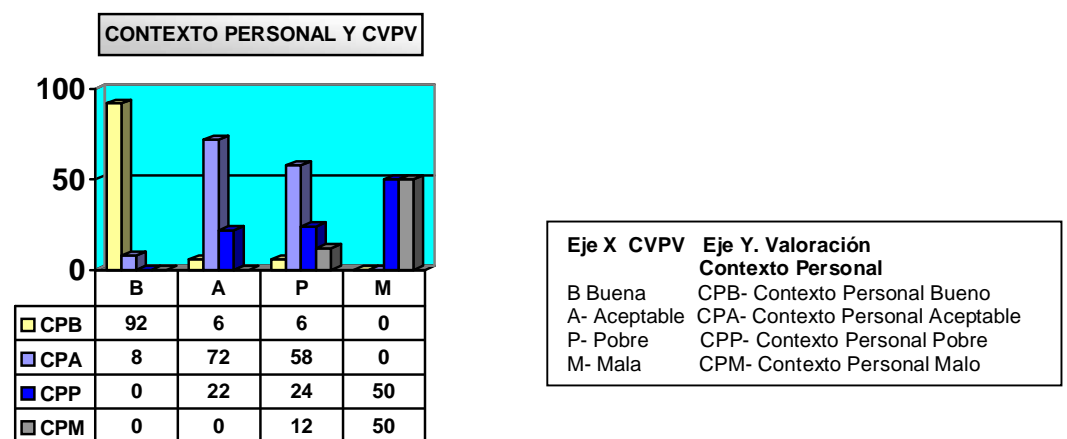
caros, son muy lentos y en la casa hay que terminar temprano, no tenían que luchar con el transporte que está muy malo”, argumentos recogidos al valorar positiva o negativamente el contexto.

Valoración del contexto personal

Al aplicar la prueba estadística se obtiene un nivel de significación menor a 0.05 ($p= 0,006$), por lo que se puede concluir que la valoración sobre el contexto personal resulta útil para diferenciar las categorías de CVPV en la población estudiada, concluyéndose que en la medida que el contexto personal de la vida de las personas es evaluado de manera satisfactoria, las categorías de CVPV se hacen también más positivas, y viceversa.

Como se puede observar en la gráfica, los sujetos ubicados en la categoría de *buena* CVPV valoraron de manera satisfactoria el contexto personal de sus vidas, (92 %, 12 personas), ubicándose en las categorías más positivas al referirse a roles actuales, sus relaciones afectivas, las metas alcanzadas, experiencias emocionales positivas frente a la vida, etc. Sólo una persona, (8 % de los casos ubicados en esta categoría), valora como aceptable su contexto personal, quedando ubicado el 100% de los casos en categorías positivas (*buena y aceptable*) al referirse a las condiciones personales actuales, no existiendo valoraciones negativas para el contexto personal en este grupo.

GRÁFICO 14. CATEGORÍAS DE CVPV Y CONTEXTO PERSONAL



$p < 0,05$

En la categoría de *aceptable* CVPV, vuelve a predominar la valoración satisfactoria sobre el contexto personal con un 72 % (aceptable) y un 6 % (bueno) que representan 49 y 4 casos respectivamente. A diferencia de la anterior, a pesar de mantenerse una valoración positiva sobre las condiciones personales de vida actual, la valoración disminuye al valorarla de aceptable y no buena, que es la predominante para la categoría anterior. Además, un 22 % de los casos (15 personas) valoraron como pobre el contexto personal de su vida actual.

Este último dato, resulta importante, pues denota la presencia de algunos malestares desde lo personal en sujetos que valoran su CVPV en categorías positivas (aceptable) y expone que pueden coexistir aspectos negativos y positivos al valorar la vida, sin que ello traduzca necesariamente una valoración general negativa, y apunta a lo referido por autores (Grau, 1998) que para entender la valoración sobre la CV, hay que ver la participación de variables no como una simple suma de todas entre sí, sino como un complejo sistema de relaciones de efectos entre una y otras al actuar en su determinación.

En la categoría de *pobre* CVPV, la mayoría de los sujetos valoran su contexto personal como aceptable (58 %, 10 casos), seguido por la valoración de pobre (24 %, 4 casos), y luego el de mala con un 12 % de representatividad (2 casos). Sólo una persona, que representa el 6 %, de los ubicados en esta categoría, valoró su contexto personal como bueno.

Puede apreciarse, en los resultados expuestos, cómo se produce un decrecimiento cada vez mayor desde el punto de vista porcentual, de la valoración en positivo del contexto personal en la medida que las categorías de CVPV se tornan más negativas; encontrándose en el 100% de los casos ubicados en la categoría de *mala* CV, valoraciones negativas del contexto personal con 50 % en pobre y 50 % en malo, y están ausentes por completo las valoraciones buenas y aceptable en esta categoría de CVPV.

Se concluye en el estudio respecto a las variable valoración de los contextos de vida, que valorar de manera positiva las condiciones de vida personales y familiares se relaciona con ubicaciones en categorías positivas de la percepción y vivencia de la CV, constituyendo los contextos personales y familiares ambientes de vida de gran valor e importancia para experimentar la vida de manera agradable y positiva.

El resultado de los contextos, en cierta medida, reafirma la búsqueda de factores personales o más íntimos, que externos y situacionales para valorar la CV personal, y ello implicaría afianzar en alguna medida el criterio de relativa estabilidad que se concibe en el modelo, sin que sea un propósito demostrar el mismo en la investigación, al no constituir un objetivo de trabajo, teniendo en cuenta además, el ajuste al tipo de investigación realizada.

El análisis de los contextos revela además, como aquellos más cercanos a la persona (personal y familiar), resultan más relevantes para la CVPV, que aquellos que se alejan o son más periféricos (social y laboral) desde una mirada personal. Se confirma lo planteado desde 1970, por Glatzer y retomado por Michalos, (1994), quienes afirman que las áreas privadas de la vida proporcionan más felicidad, bienestar y CVP, que las públicas.

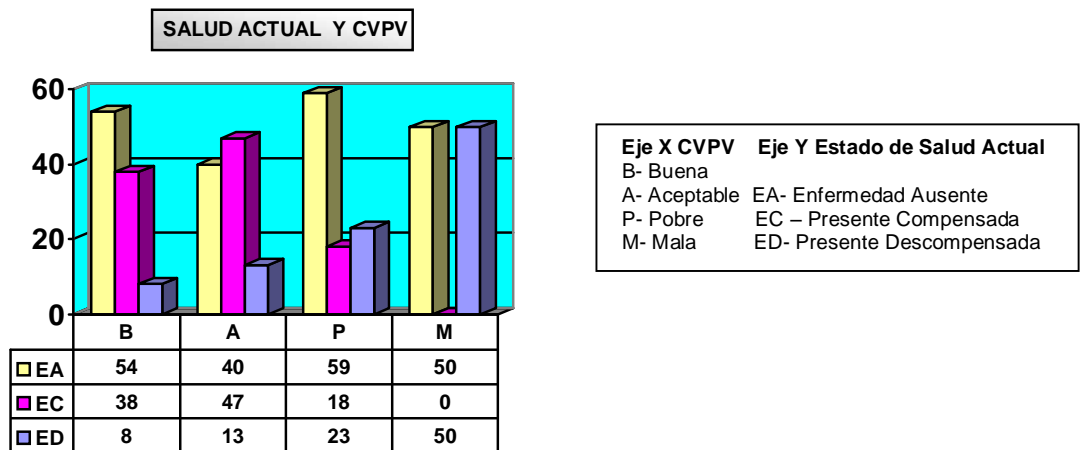
Una vez analizada la variable contextos de vida y sus resultados, se procede a valorar el comportamiento de la variable valoración del estado de salud, en el estudio que se presenta.

VARIABLE VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL

Esta variable, no resultó significativa en el estudio desde el punto de vista estadístico al obtener una p mayor a 0,05 ($p= 0,0606$) en su relación con las categorías de CVPV por lo que las asociaciones observadas a nivel muestral entre la variable salud y las categorías de CVPV no logran la suficiente evidencia estadística para ser extendidas a la población objeto de estudio, y afirmar que la ausencia o la presencia de la enfermedad no permite diferenciar las categorías de CVPV al mostrar un comportamiento irregular en el estudio.

Este resultado no obstante, ha sido declarado como una de las paradojas encontradas en la investigación del tema en el campo de la salud (Barreto y Pascual, 1991; Díaz, Vázquez y Díaz, 1994; Butler, 2003) y es exponente de la vieja polémica entre los aspectos objetivos y subjetivos de la CV, y sus contradicciones al evaluar uno u otro indicador. En esta dirección la salud física es considerada como un determinante objetivo de la CV a nivel personal y social.

GRÁFICO 15. CATEGORÍAS DE CVPV Y VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL



$p > 0.05$

Se aprecia en el gráfico, que en la categoría de *buena* CVPV se ubican predominantemente personas sin problemas de salud actual (54%, 7casos), y personas con enfermedad o padecimientos controlados (38 %, 5 casos). Una sola persona enferma que en el momento que se evaluó estaba descompensada de su hipertensión arterial crónica, valoró su CV como buena (8 %). En la categoría de *aceptable* CVPV predominan las personas enfermas controladas al momento de la evaluación (47%, 32 personas) y las supuestamente sanas (40 %, 27 personas). Personas (9, 13 %) cuyas enfermedades estaban descompensadas al ser evaluadas también se ubican en esta categoría.

En la categoría de *pobre* CVPV se ubicaron 10 personas (59 %) que no presentaban padecimiento alguno en el momento del estudio, y 23 % (4 casos) que estaban descompensados desde el punto de vista de la salud. Un 18 % de los casos (3 personas) que presentaban enfermedades controladas, se ubican en esta categoría. En la categoría de *mala* CVPV, los resultados muestran que se ubican personas enfermas descompensadas (50%) y supuestamente sanas (50%).

Los resultados expuestos permiten apreciar que la presencia de una enfermedad o padecimiento no excluye la posibilidad de valorar positivamente (desde los aspectos más subjetivos) la CV personal, así como, la ausencia de enfermedad no conlleva necesariamente una valoración positiva de la existencia y su calidad.; e

invitan a estudiar la incidencia de esta variable en la CVPV a través de otros criterios que rebasen la presencia o ausencia de enfermedad.

Se confirma lo planteado por Butler (2003) al expresar que la salud al igual que los factores económicos, son constituyentes importantes de la CV personal pero ninguno puede identificarla o definirla. Se corrobora, por tanto, que la presencia de una enfermedad no provoca necesariamente percepciones negativas de CV, afirmación que se comparte y se reporta por un número importante de investigadores (Barreto y Pascual, 1991; Cagigal y Velasco, 1995; Asensio, Sánchez, y Montiel, 199; Domínguez y Díaz, 1997; Botalín, Munder y Díaz, 1997; Buendía 1999; Campi, Benavent, Olona y Berga, 2004; entre otros.

Además se confirma que los comportamientos saludables y el disfrute de una vida con calidad pueden y de hecho son permisibles, desde la propia condición de enfermos, siempre que actuemos en dirección positiva y colaboradora con la adherencia terapéutica y el desarrollo de estilos de vida sanos. (Remor, 2002; Rojas, 2004; Salina y Díaz, 2008; Romero, y Díaz, 2008; Reyes y Díaz, 2008; Rodríguez y Rodríguez, 2008)

No obstante, se observa en la gráfica que se incrementa de manera acentuada la ubicación de personas que presentaron problemas de salud y estaban descompensados al ser estudiados, en las categorías *mala* y *pobre* CVPV (50% y 23% respectivamente), donde se concentran los valores porcentuales más altos respecto a esa condición. Esta observación corrobora el planteamiento de autores como Michalos (1994,1999), quien expresa que a pesar de la no correspondencia entre los factores objetivos y subjetivos de la CV, si ambos mejoran la CVP es más positiva y viceversa. Es importante destacar, que aún cuando los resultados no lo afirman explícitamente, es importante no descuidar las relaciones entre CVPV y salud que es uno de los más preciados bienes de las personas. En estudios recientes realizados por la autora y colaboradores (Salina y Díaz, 2008; Romero y Díaz, 2008; Reyes y Díaz, 2008; Díaz, 2008 b), donde se estudian personas dispensariadas en su área de salud en el grupo de personas con secuelas, se consta un incremento de percepciones y vivencias de la CV personal en categorías pobre y mala, al comparar los resultados con otras investigaciones donde se estudian personas en las restantes categorías de dispensarización en la atención

primaria de salud.(supuestamente sanos, en riesgo y enfermos), y que resaltan el valor de la salud para la CV.

Llama igualmente la atención que es en la categoría de *pobre* CVPV donde aparece el mayor por ciento de personas sin problemas de enfermedad (59 %), seguida de la categoría *bueno* (54%) y luego *mala* (50%). Se confirma lo planteado por García y Soriano (1990), quienes aseguran que “pensar que las personas enfermas valoran su CV más negativa e inferior que las personas supuestamente sanas, es una afirmación gratuita”. (p.87).

Folkman y Moskowitz (2004), aseveran (y se apoyan en resultados investigativos de múltiples investigadores, tales como Westbrook y Viney 1982; Silver y Wortman, 1987; Viney, 1989; Stone, 1995; Carver y Sèller, 1994; Folkman, 1997; Moskowitz, 2003:), que existe suficiente evidencia para afirmar que en circunstancias de enfermedad coexisten tanto emociones positivas como negativas, y ellas pueden incidir de manera particular en las valoraciones sobre la CV,

Con Calman (1983), García y Soriano (1990) y Butler (2003) afirmamos que no necesariamente las personas con problemas de salud perciben y valoran su CV más negativa que las personas supuestamente sanas, y viceversa, y sobre todo que una buena salud, no necesariamente garantiza una buena CVPV, aspecto contemplado en el modelo elaborado por la autora, donde se concibe que las categorías negativas de CVPV no son necesariamente expresión de patología o exclusivos de poblaciones enfermas o limitadas. La posibilidad de valorar la CV de manera positiva puede ser expresada desde condiciones menos positivas y desarrolladoras, al contener ellas mismas un determinado estado de calidad que condiciona la propia valoración que se ofrece. Desde esta mirada, solo es posible pensar, aún desde un juicio externo (por ejemplo de un médico) que se valore con buena o aceptable CV, a una persona con un cáncer avanzado, que ante la mejoría de síntomas y el controlar relativo de la enfermedad por la terapéutica empleada, logra mantenerse aliviado e insertado en la vida social y familiar.

En el Anexo 8 del trabajo, se recogen un conjunto de argumentos psicológicos utilizados desde diferentes enfoques teóricos, para explicar algunas de las paradojas encontradas en investigaciones realizadas en el

contexto salud, que explican y confirman el resultado analizado, observado con relativa frecuencia. Este resultado, es interpretado como una confirmación de la multideterminación de la CVP, y del carácter sistémico y holístico de su composición.

Con García y Soriano (1991), pensamos que ninguna variable por sí sola puede explicar y definir la CVP, estas son formas de pensar implícitas en análisis lineales y, por ello, no holísticos. Se concibe y se constata que las variables analizadas confluyen de forma congruente en la producción de diferentes estados dentro de categorías positivas o negativas de la CVPV, donde el todo es más que la suma de sus partes, expresión del enfoque sistémico, que no niega las relaciones de jerarquías o subordinación entre sus componentes.

Una vez analizado (de manera independiente) el comportamiento de cada variable estudiada con las categorías de CVPV y observar que casi todas mostraron un comportamiento estadísticamente significativo para diferenciar las mismas a nivel de la población, se decide analizar si al integrarlas, los resultados permitan arribar a una conclusión similar, y afirmar que son diferentes entre sí.

Para este paso se realiza la conversión de las escalas nominales en ordinales, para facilitar el análisis estadístico. Se retoma en esta dirección, el listado de códigos utilizados para el procedimiento de análisis y reducción de datos (Anexo 9 y 10) y se calcula el promedio del peso que adquiere cada uno de los aspectos evaluados, mostrados en la tabla que se presenta más adelante. Se decide calcular los promedios generales de todas las variables para cada categoría de CVPV mostrados en los marginales de la tabla y valorar si esas diferencias que muestran los puntajes en una misma categoría, ocurre de manera similar para las diferentes categorías entre sí, teniendo en cuenta todas las variables y se aplica la prueba de Chi Cuadrado para la bondad del ajuste, a los marginales de la tabla para valorar si las diferencias observadas pueden ser significativas. El resultado arroja que se rechaza H_0 para un nivel de significación de 0,05, debido a que la probabilidad encontrada es menor a 0.05 ($p= 0,02$), por lo cual se concluye que las categorías de CVPV son diferenciables entre sí, por el peso de las diferentes variables que participan en su determinación.

Cada categoría de CVPV representa una forma cualitativa diferenciable de las restantes, y representan grupos de tendencias, en los que se manifiestan los aspectos estudiados de manera integradora. Se puede concluir

TABLA 5 CÁLCULO DE LOS VALORES DE LA MEDIA DE LAS VARIABLES POR CATEGORÍAS DE CVPV

Categorías CVPV	Estilo A	Tono Afectivo	Estado Psicop	Autor	Lazos	Aspirac	Logros	Expe et	Vivenci a	Person al	Labor al	Familia r	Social	Salud	Totales Marginales
Buena	3,538	3	3,461	3,846	2,769	3,307	2,846	3,384	2,3071	3,923	3,307	3,789	3,230	2,538	45,230
Aceptable	2,764	2,897	3,362	2,147	2,661	3,176	2,741	3,147	1,617	3,176	2,967	3,044	2,794	2,279	38,667
Pobre	1,176	2	1,470	2,041	2,647	2,294	2	2,706	1,117	1,941	2,236	2,294	2	2,294	28,217
Mala	1	1		1	3	2	2,5	2	1	1,5	1,5	1	1	2,5	22
															33,52900

Probabilidad	0,02108242	Rechazo H0, es decir las categorías de CVPV son diferentes
--------------	------------	--

Por la hipótesis de nulidad, los puntajes para los diferentes categorías de CVPV deben ser iguales en la población, y por la hipótesis alternativa: puntaje en la categoría *buena* > puntaje en la categoría *aceptable* > puntaje categoría *pobre* > puntaje categoría *mala*, en la población, y se comprueba que los puntajes son también decrecientes para las categorías de CVPV a nivel de población.

Nota aclaratoria: En libros de estadística se ponen ejemplos en los que se usa el cálculo de medias, para revelar información estadísticamente significativa usándose escalas ordinales, como es el caso de la determinación de medidas correlación, como el coeficiente de correlación de rangos de Sperman y el coeficiente de concordancia de Kendall (Siegel, 1987), por lo que el proceder utilizado tiene precedentes estadísticos y resultó viable a los efectos del análisis y objetivo que se persigue. Conjuntamente, se valora que la presentación del dato de esta forma, permitía la realización de la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado para la bondad de ajuste que requiere del cálculo de medias.

que las distinciones cualitativas realizadas en la etapa previa a la recogida del dato para cada aspecto evaluado y su diferenciación en las categorías de CVPV, encontraron evidencias estadísticas a nivel muestral y con inferencia a la población del área de salud estudiada, resultado de gran valor para trazar políticas y estrategias encaminadas a elevar la CV en el área de salud estudiada.

Se plasman seguidamente los análisis que se realizan para develar la identificación y distinción de los determinantes psicológicos de mayor relevancia en el estudio realizado.

3. 4. Identificación y argumentación de los determinantes psicológicos de mayor relevancia para la percepción y vivencia de la calidad de vida

Para poder distinguir los determinantes psicológicos que mostraron mayor peso en la valoración de CV personal en su forma más positiva (buena), por constituir ésta la máxima aspiración de científicos de diferentes disciplinas y ciencias dedicados al estudio de la CV, y sin ánimos de reducir o discriminar ninguna

variable, al considerar que la valoración de la CV personal es un producto de la participación integral de todas ellas (fundamento que argumenta la no utilización del análisis factorial, conjuntamente con lo expuesto en el capítulo dos al esclarecer su impedimento para sistemas no lineales), se procede a realizar el cálculo de la mediana de cada aspecto evaluado por categorías de CVPV, por ser el estadístico de elección para las escalas ordinales (representantes de ordenamiento y no de números ordinarios), por lo que su utilidad es sólo para mostrar cuál o cuáles de los aspectos evaluados obtienen mayor magnitud (representativo de la cualidad más positiva) y llegar a identificar los determinantes psicológicos de mayor relevancia en el estudio. Se muestra en la siguiente tabla el resultado que arrojan los datos.

Se observa de manera general, que las formas cualitativas más positivas de los aspectos y variables estudiadas, por su peso estadístico, se ven representadas en las categorías más positivas de la valoración de CV personal (buena y aceptable), y sus valores se van despreciando en la medida que la valoración se va tornando más negativa (pobre y mala), observándose que las variables estilo de afrontamiento, autovaloración, valoración del contexto personal y valoración del contexto familiar, fueron las que mostraron mayor peso estadístico en el estudio realizado.

TABLA 6 PESO DE LAS VARIABLES POR CATEGORÍAS DE CVPV

Categorías CVPV	Estilo A	Tono Afectivo	Vivencia	Autov	Lazos	Aspirac	Satisf. Logros	Expect
Buena	4	3	3	4	3	3	3	3
Aceptable	3	3	3	4	3	3	3	3
Pobre	1	2	2	2	3	2	3	3
Mala	1	1	1,5	1	2,5	2	2	2

Categorías CVPV	Estado Psicopat.	Personal	Laboral	Familiar	Social	Salud
Buena	3	4	3	4	3	3
Aceptable	3	3	3	3	3	3
Pobre	3	3	3	3	2	3
Mala	1	1,5	1,5	1	2,5	2,5

De esta manera se puede afirmar que las personas de la muestra estudiada que valoraron como buena su CV, mostraron satisfacción en su esfera personal y familiar y se les diagnostican recursos reguladores efectivos, al encontrarse un predominio de la tendencia autovalorativa adecuada y de estilos de afrontamiento que facilitan el control (pasivos o activos) en dichos sujetos, recursos que se ven al mismo tiempo menos representados en su forma más positiva en las categorías pobre y mala CVPV.

Los datos expuestos confirman los análisis cualitativos expuestos anteriormente, y teniendo en cuenta que la dimensión psicológica de la CV constituye el objeto de la investigación, se declaran como los determinantes psicológicos de mayor relevancia en la percepción y vivencia positiva de CV a nivel individual a la autovaloración y los estilos de afrontamiento, dando respuesta al problema de investigación formulado. Su identificación como determinantes psicológicos fundamentales exige valorar su incidencia en la relativa estabilidad de la CVPV concebida en el modelo elaborado, y al respecto se valora que la autovaloración y el afrontamiento:

- § Son los factores psicológicos más transituacionales para guiar la actuación dirigida por metas a lo largo del tiempo y en diferentes circunstancias o contextos.
- § Son mecanismos reguladores de alto nivel, y por tanto, jerarquizan otros factores
- § Ambos expresan un comportamiento de tendencias que los hace relativamente estables, para conservar los proyectos de vida y el equilibrio con el medio. Este resultado afianza la búsqueda de factores intrínsecos a la personalidad, para explicar y entender la CVP, y concebirla, por tanto, de manera más estable que cambiante, no sujeta a factores externos o situacionales, sin que ello quiera decir olvidarlos o ignorarlos.

Ambos determinantes establecen relaciones no lineales, y por ello, se considera importante declarar cómo pudieran relacionarse entre sí. Al respecto aflora el vínculo con la evaluación cognitiva de la problemática de afrontar, en la que se describen dos momentos (evaluación primaria o percepción del reto y evaluación secundaria o proceso de reflexión para las opciones de afrontar); y se puede aseverar que en ambos momentos la autovaloración juega un papel importante, ya que al evaluar el fenómeno y su repercusión para

la conservación de la CV, se analiza pensando en las necesidades y motivos priorizados que forman el sentido esencial de la vida, con los cuales el sujeto está emocionalmente comprometido, y se valora si lo que ocurre afecta o no la CV personal y/o los aspectos esenciales de esa personalidad (Díaz, 2005d). Luego, al tocar los aspectos referidos a competencias, habilidades y posibilidades que tiene el hombre para hacer frente al acontecimiento y, en consecuencia, elegir un estilo de afrontamiento (o dentro de él una estrategia), que permita obtener eficacia en el comportamiento y, por tanto, conseguir objetivos y misiones planteadas, la autovaloración vuelve a tener una participación importante. Ambos determinantes al integrarse pueden lograr una conducta adaptativa y facilitar el control, si son correctas las evaluaciones de competencias para hacer frente a contingencias internas o externas y elegir la forma de afrontar adecuada a la situación real. En otras palabras, *en dependencia de cómo se autovaloran y afrontan las personas la existencia, así será la valoración que hacen de su vida y la calidad que le atribuyen, y en dependencia se ubican en la categoría correspondiente al estado que dichos procesos psicológicos sostienen.*

Rodríguez, Pastor y López- Roig (1993), afirman que hablar de CV es hablar del equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o asequibles. La buena CV para los autores, se expresa habitualmente en términos de salud, alegría, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos vitales a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste. Esta reflexión *apoya la propuesta y el valor de los determinantes psicológicos que el estudio aporta.*

Se ilustra a través de diferentes viñetas, expresiones de sujetos estudiados que resaltan el valor de la combinación de los determinantes psicológicos identificados (la autovaloración y afrontamiento), para percibir y vivenciar la CV, donde se observan y analizan el control y la acción, el pensar y el sentir dirigidos a solucionar el problema o regular la emoción, garantizando una adecuada percepción y vivencia frente a los acontecimientos de la vida:

Sujeto: MCLC, 29 años, enfermera... “cuando algo no me sale bien, y sé que puedo lograrlo, me detengo, no deja de hacerme sentir mal pero enseguida me recupero, si sale mal es por algo, valoro que fue lo que falló, analizo y tomo calma, porque hay que andar con cautela en la vida y no siempre están las condiciones necesarias para llevar adelante algo.... Si puedo y tengo que pedir ayuda lo hago, analizo que puedo hacer sola

para lograr lo que deseo.... Puedo darme cuenta que no es el momento oportuno y me propongo otra cosa o hago un impás sin que eso quiera decir que me rendí, y no pueda volver a insistir”....

Sujeto: MGO, 49 años, constructor.....”me siento satisfecho conmigo mismo, con lo que he logrado y con mi familia, que es algo muy importante para mí....hay cosas que quiero y no puedo tener, como por ejemplo, algo tan sencillo como un teléfono, pero pienso que a veces me evita problemas....yo soy una persona que siempre ayudo a los demás y no tengo mucho tiempo... estoy siempre ocupado....necesito descansar y si tuviera teléfono, pobre de mí.....me comunico mucho a través de recados en papel y trato de ver a las personasasí aprovecho y salgo de la casa, resuelvo lo que necesito, si tuviera teléfono creo que estaría más tiempo en la casa.....gastaría más dinero.... oigo en muchos casos que es excesivo, sobre todo si pienso en mis hijas que les encanta hablar por teléfono cuando van a casa de sus tías”...

Se pueden apreciar en ambos casos, como la dificultad o carencia de algo, se mira con sentido positivo y se ofrecen argumentos que producen un efecto protector para la percepción y vivencia de la realidad que valora el sujeto. Se valora el uso de estrategias activas y facilitadoras de contención que promueven una experiencia positiva y ajuste ante la carencia de algo que está al alcance de las posibilidades, pero por barreras externas al sujeto se dificulta. Se aprecian maneras de potenciar el equilibrio y el ajuste al medio, con indicadores de autovaloración adecuada, donde se proyecta su función valorativa y defensiva, en dirección positivas.

Se exponen otros ejemplos donde se ilustran expresiones, formas de pensar y sentir, que resaltan la importancia de los determinantes psicológicos identificados, al tornarse menos positivas sus funciones, y lo que ellos develan en el análisis para la CVPV.

Sujeto: LPD, 39 años, profesora.... “yo sé que en cualquier otro lugar viviría mejor....soy una persona luchadora y la vida me ha demostrado que no soy muy bruta...me gusta hacer las cosas de manera independiente y rápida....aquí todo es muy lento, tortuoso, hay que tener demasiada paciencia...todo es superdifícil y al final nada se logra....llevo años paralizada en el tiempo....mis mejores años ya se fueron....tengo algunas energías pero de que me sirven a la altura de los años que ya tengo”....

Se aprecian malestares y vivencias negativas al valorar su estado actual. La posible solución se vislumbra fuera del micro y macro ambiente en que vive, y se valora además, como poco útil a la luz de los años perdidos y las metas u objetivos deseados. No se aprecian elementos que sostengan una postura protectora frente al medio, afianzada por la dirección negativa que toma la valoración lo que repercute en las vivencias y percepciones que se exponen de la realidad. Se valoran estilos de afrontamientos que no facilitan la contención y el equilibrio asociados a posibilidades reales de estar mejor si el medio fuera otro ante competencias mostradas por el sujeto evaluado, como indicador de una adecuada autovaloración.

Sujeto: MDC, 32 años, mecánico”yo nunca digo a nada que no puedo, que es imposible...esa palabra no existe para mí...en todos estos años muchas personas se han paralizado...yo no he dejado de luchar...eso no tiene nada que ver conmigo...si sale mal, nada perdí...siempre algo se aprende y se logra aunque sea a la fuerza....dejé la escuela pues a cada rato desaprobaba.... no me gusta estudiar.... es algo muy difícil para mí....total, vivo mejor que muchos universitarios.....me conformo con lo que tengo por el momento..... pero cuando se me ocurre cualquier cosa me lanzo a la lucha....nunca es fácil pero tampoco difícil.... hago lo que sea por lograrlo al precio que sea”....

Se observa como a pesar de aflorar algunos indicadores de una autovaloración por exceso, la función valorativa de ésta es en dirección positiva frente a obstáculos o desaciertos, y se valora como recurso protector para percibir y vivenciar positivamente la realidad. Se aprecia el uso de estilos de afrontamiento activos, sin importar su ajuste a las condiciones existentes, que afianzados por la función valorativa en dirección positiva refuerzan un modo de afrontar que puede ser fallido, pero se valora normal y capaz de superarse, proyectando persistencia y afán de lucha para vivir acorde a lo que se quiere y no sólo lo que se puede hacer.

Sujeto: LPD, 53 años, oficinista.....”no me detengo fácilmente frente a los obstáculos...me dicen que soy algo impertinente cuando quiero algo....siempre aparece otro que se antoja de lo que uno quiere....te ponen zancadillas, te dicen que no sabes hacer nada....que no está al nivel de tus posibilidades...cuento, es para quitarte del medio y para que no mejores..... pero hay que buscar la vía más fácil aunque tengas que usar a otros....las oportunidades se aprovechan pues la vida está muy mala....nada sirve....hay muchas personas que te quieren ver muy mal.....hay mucha envidia de lo que uno tiene y el otro no lo puede lograr....luchas mucho y todo se vuelve sal y agua”....

Se pueden apreciar dificultades en el alcance de metas y el uso de estrategias que no siempre resultan viables y que muchas veces fomentan el propio malestar, dificultando el ajuste al medio y las percepciones y vivencias negativas de la realidad. Afloran pocos recursos defensivos para mitigar experiencias negativas, valorándose hostilidad frente a otras personas y en la vida real, evaluada por el propio sujeto.

Sujeto: LPD, 39 años, profesora de preuniversitario...”no soy una persona muy crítica.....mi familia me dice que a mí todo me parece bien....siempre se puede ver algo bueno en las cosas....yo soy una persona que me siento bastante bien en la vida que llevo.....no envidio la vida de otros pues no es la que me tocó vivir a mí y basta.....cada cual tiene lo que se merece y lo que puede luchar....uno se muere y todo se quedapor eso no lucho mucho....vivo lo mejor que puedo cada día sin angustiarme demasiado.....ser obstinado no es bueno y hay que ser conforme....pensar de esta forma me ha resultado de mucha ayuda en períodos muy malos que he tenido y he podido superarlos”....

Se puede apreciar el conformismo y la postura de resignación para enfrentar la vida, percibir y vivenciar las realidades en que se ha visto insertada. Afloran indicadores de no tener grandes dificultades en lograr lo que

le parece merecer, muestra de bajos o adecuadas valoraciones de posibilidades reales desde el componente personal, pero se elige aceptar lo que la vida le proporciona sin mucho esfuerzo, valorándose como un recurso que potencia factores protectores y defensivos para percibir y vivenciar de manera positiva la existencia, sin excluir decepciones o alguna dificultad en el alcance de metas u objetivos.

Los ejemplos expuestos intentan transmitir parte de la experiencia y la riqueza empírica acumulada por la investigadora en el estudio realizado, y que contribuyeron a la interpretación clínica inicial de valorar la trascendencia de las funciones valorativa y defensiva de la autovaloración (además de su función reguladora) en la valoración de la CV personal y en la selección de formas de afrontar que fomenten percepciones y vivencias positivas o negativas respecto a la vida y la calidad que se le atribuye, y facilitar o dificultar el potencial adaptativo de ambos factores (autovaloración y afrontamiento).

Los análisis cualitativos realizados, permitieron trascender el dato objetivo brindado por las estadísticas y facilitar reflexiones que enriquecen los aspectos teóricos relacionados con factores psicológicos estudiados y sus posibles asociaciones dinámicas para fomentar percepciones y vivencias positivas o negativas de CV, y que deberán ser profundizadas en la investigación científica y práctica de la ciencia psicológica.

Investigaciones recientes de la autora que dan continuidad a los resultados presentados, refuerzan los planteamientos y nexos develados en el reporte de investigación que se presenta entre los determinantes psicológicos identificados, al encontrarse autovaloraciones adecuadas y estilos de afrontamientos controlados en hemipléjicos que valoraron de aceptable su CV y en menor medida buena CV, y autovaloraciones inadecuadas o fluctuantes asociadas a estilos de afrontamiento que no facilitan el control en los que valoraron su CVPV como pobre y mala (Díaz, 2008b).

Se avala entonces, la importancia del empleo de los procedimientos metodológicos mixtos en la investigación de fenómenos sociales tan complejos como es la CV y el valor de ambos paradigmas en la investigación científica, al brindar procedimientos y perspectivas de análisis que facilitan la complementación de los datos observados, y justifica la demanda de este tipo de diseño de investigación en la actualidad en las ciencias sociales.

El siguiente esquema presenta gráficamente, los determinantes psicológicos identificados y las categorías de CVPV, inmersos en un sistema de interrelaciones dialécticas con el medio social. Se muestran los determinantes vinculados a la personalidad y en conexión al medio sociocultural y concreto con el que interactúa el individuo, aspecto que reconoce la participación influyente del medio en la formación y desarrollo de ambos determinantes y en el cual, a la vez, se confirma su eficacia adaptativa y que retoma la importancia de la dimensión social de la categoría CV, aunque no haya constituido nuestro espacio de reflexión. Se destaca con ello, el papel de los factores socioculturales como confirmación de la postura teórica asumida por la autora, representada por la psicología de orientación materialista dialéctica.

Finalmente, el modelo desarrollado y el análisis de la relevancia de factores psicológicos que participan de manera determinante en la percepción y vivencia de la CV, permitieron profundizar en los aspectos psicológicos de la CV, y contribuir al avance teórico de la ciencia psicológica en el tema.

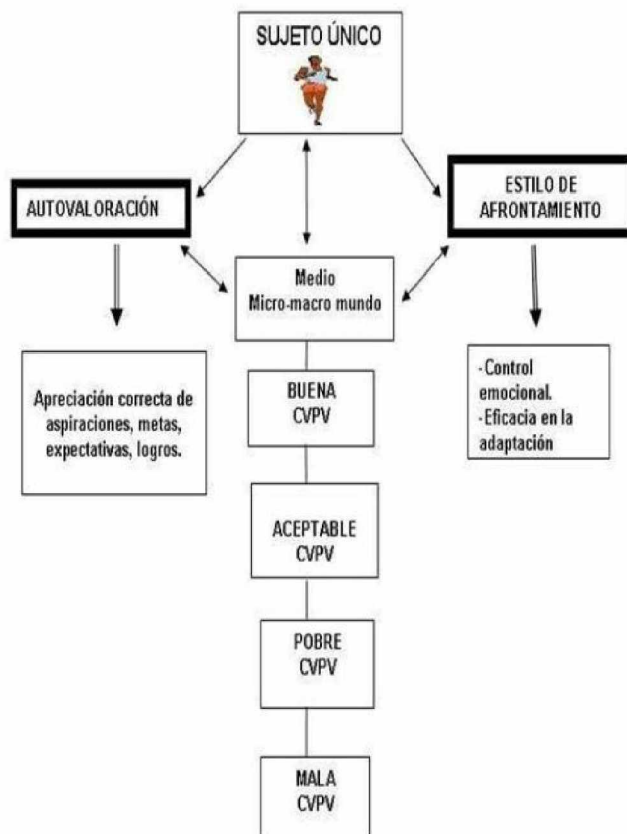


Figura 2 Determinantes psicológicos de la calidad de vida percibida-vivenciada

CONCLUSIONES

- § Los estilos de afrontamiento y la autovaloración se identifican como los determinantes psicológicos más relevantes de la calidad de vida personal, al ser los factores psicológicos que mostraron mayor peso y relevancia clínica para percibir y vivenciar de manera positiva la CV en el estudio realizado.
- § El comportamiento de la variable determinantes psicológicos de la valoración personal mostró diferencias respecto a las frecuencias observadas para cada categoría de la evaluación de calidad de vida en la muestra estudiada, al evaluar los indicadores de tono afectivo general, satisfacción ante el nivel de logros, distancia entre aspiraciones y expectativas, vivencias psíquicas actuales, estilos de afrontamiento, autovaloración, valoración de las relaciones emocionales y la presencia de estados psicopatológicos, resultando mejor valorados en las categorías buena y aceptable y recibiendo evaluaciones más negativas para las categorías pobre y mala CVPV.
- § Se determinaron niveles de significación estadística para diferenciar las categorías de CVPV según las variables estudiadas analizadas en su integridad, y se puede aseverar que cada categoría de CVPV representa una condición cualitativa y cuantitativamente en la muestra estudiada con inferencia para la población objeto de estudio. Al evaluar las variables de manera individual, no se encontraron niveles de significación estadísticas en la muestra estudiada respecto a la valoración de las relaciones emocionales, valoración contexto laboral, valoración contexto social y valoración del estado de salud actual para diferenciar las categorías de CVPV.
- § Los estilos de afrontamiento y la autovaloración se distinguen como los determinantes psicológicos fundamentales para percibir y vivenciar de manera positiva la CV personal, y se consideran los ordenadores medulares de la valoración, al actuar de manera rectora en la determinación sistémica de la CV, por ser mecanismos reguladores de alto nivel, factores transituacionales para guiar la actuación dirigida por metas a lo largo del tiempo y en diferentes circunstancias o contextos y presentar un comportamiento de tendencias que los hace relativamente estables, todo lo cual permite conservar los proyectos de vida y el equilibrio con el medio.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios longitudinales y de casos a profundidad que permitan valorar la dinámica de la valoración personal de la calidad de vida, y su tendencia a la estabilidad relativa.
2. Diseñar estrategias de intervención psicológicas que centren su proyecto en los determinantes psicológicos declarados, para realizar acciones educativas, sostenedoras y terapéuticas, encaminadas a promover y potenciar la percepción y vivencia de la calidad de vida.
3. Crear un programa computarizado para el sistema de técnicas seleccionadas que facilite la calificación e integración con más rapidez, y someterlo a la validación de especialistas.
4. Divulgar los resultados del estudio realizado, que permita su estudio y profundización, por parte de otros investigadores y profesionales de la ciencia psicológica que se interesan en el tema.
5. Realizar estudios posteriores dirigidos a mejorar la comprensión del papel de algunas variables (salud, valoración del contexto social y las relaciones interpersonales) cuyos resultados resultan interesantes en la presente investigación.
6. Realizar estudios en profundidad de los grupos extremos de CVPV (buena/malo) para identificar con mayor nitidez la especificidad determinante de las variables que se identifican como las más relevantes en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, R. & Díaz, I. B. (1995). *Sistema experto conexionista para la determinación de la calidad de vida psicológica*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Computación, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Alonso, A. (2007). Estudio de Casos. Selección de lecturas. Impreso en la Empresa Gráfica Juan Marinello, C. Habana.
- Álvarez, L. M. & Díaz, I. B. (1996). *Calidad de vida y neurosis*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Álvaro Page, M. (1994). *Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Amigo Vázquez, I. (1998). Conducta y Salud. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En Manual de Psicología de la Salud. (pp. 37-56). Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
- Arjona, J. F. & Guerrero, S. (2005). Un estudio sobre los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación en adolescentes de secundaria. Recuperado el 21 de Septiembre de 2006, de <http://www.psicologiacientifica.com>.
- Artiaga, Z., Rojas, M., Díaz, I. B. (1996). *Calidad de vida y motivación profesional en jóvenes universitarios*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciada en Psicología, Departamento de psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Asensio, M., Sánchez, R. & Montiel, I. (1996). *Calidad de vida y migraña*. *Revista de Neurología*, 24 (132), 132-142.
- Asón Vivanco, A. R. (2000). Estudio de la calidad de vida en un grupo de ancianos. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, C. Habana.
- Avía, M. D. (1999). *Amortiguadores del estrés y salud familiar*. En J. Buendía (Coord), Familia y Psicología de la Salud (pp. 93-110). Madrid: Ediciones Pirámide S. A.
- Avía, M. D. & Vázquez, C. (1998). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Editora Vega P.
- Badía, X., Salamero, M., Alonso, J. & Ollé, A. (I Edición). (1996). *La medida de la salud: Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Editora Promociones y Publicaciones Universitarias S. A.
- Badía, X., Gutiérrez F., Wiklund I. (1997). *Validity and reliability of the Spanish version of the Psychological General Well-Being Index*. *Revista Quality of Life Research*, 5, 1-108.
- Barreto, M. P. & Pascual, A. (1991). *Calidad de vida en el enfermo oncológico*. En: J. Buendía (coord). Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales (pp. 69-78). Murcia: Sección Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Batista Foquet, J., Blanch, M. J. & Artés, J. M. (1994). *Actitudes y calidad de vida*. En M. Álvaro (comp). *Propuesta de sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros (pp. 313-374)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Bayarre, H. D. & Oliva, M. (2001). *Métodos y técnicas de investigación aplicados a la Atención Primaria de Salud*. Parte II. La Habana: ENSAP.
- Bayarre, H. D., Pérez, J. S., Menéndez, J., Tamargo, T. O., Morejón, A., Díaz, D. & González de Piñera, A. (2005). *Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín 2000 – 2004*. Trabajo para optar por el Premio Anual de la Salud 2005, Escuela Nacional de salud Pública, Ciudad de La Habana.
- Beltrán, M. (1998). *Cinco vías de acceso a la realidad social*. En *Compilación de M. García; J. Ibáñez y F. Alvira. II Edición Revisada y ampliada, El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación (pp. 19-49)*. España: Alianza Universidad Textos.
- Berdión, N. L., Sainz, A. R. & Díaz, I. B. (1999). *Intervención psicológica en calidad de vida. Propuesta de un diseño basado en la terapia racional emotiva*. Trabajo de Diploma para optar por el título de licenciatura en Psicología. Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Blanco, A. & Chacón, F. (1985). *La evaluación de la calidad de vida*. En *Psicología Social Aplicada*. 2da. Parte, (pp. 184-210). Bilbao: Editora Desclee de Brouwer S. A.
- Blanco, A. & Chacón, F. (1988). *Indicadores de calidad de vida y evaluación de necesidades*. Actas del II Congreso Nacional de Psicología Social, Sociedad del bienestar y Psicología Social, Alicante, 11- 24.

- Blanco, E. N., Pérez, J. C., Álvarez, V. D., García, M. P., Bejar, P., Lorente, M., Molina, L. & Redondo, B. (2004). *Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid*. Enfermería Clínica, 14 (3), 129- 137.
- Botalín, A., Rizo, E. & Díaz I. B. (1997). Calidad de vida y alcoholismo. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Departamento de psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Buela Casal, G. (1997). *Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas de prevención*. Madrid: Ediciones Pirámides S. A.
- Buendía, J. (1999). *Familia y Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámides S. A.
- Butler, R. N. (2003). *Toward a definition of quality of life for an aging society*. Symposion Report the quality of life in old age, Revista *ILC*, 5 - 9.
- Cabreja, A. & Díaz, I. B. (1998). *Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados, y los que conviven con sus familiares*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Cagigal, J A. & Velasco, M. P. (1995). *Valoración subjetiva de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama metastásico durante el tratamiento con quimioterapia*. Revista Clínica y Salud. 6 (No. 1), 83- 92.
- Campbell, A., Converse, P. E. & Rodger, W. L. (1999). *The quality of American life*. New York Rusell Sazc Foundation 1976. In three decades of progress Psychological Bulletin 125 (2), 272-302.
- Campi, E., Benavent, N., Olona, M. & Berga, C. (2004). *El esfuerzo educativo del paciente con claudicación mayor de 65 años. ¿Puede mejorar su calidad de vida?* Enfermería Clínica, 14 (1), 13-15.
- Cardozo de Martínez, C. A. (2003). *Salud y calidad de vida. Hacia la confirmación del campo de acción institucional*. En Editor Saúl Francco Agudelo. La Salud Pública hoy Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud pública (pp. 257- 274), Bogotá.
- Casabona, E. (2000). *Calidad de vida percibida en diabéticos atendidos en el Centro de Atención al Diabético de Ciudad de La Habana* Tesis para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana.
- Casas, F. (1999). *Calidad de vida y calidad humana*. Papeles del Psicólogo, Nov. No 74. ISSN 0214 – 7823.
- Castro, C. & Reygadas, D. (2006). *Calidad de Vida: Una Perspectiva Individual*. Recuperado el 11 de Julio de 2007, de [www/monografia.com](http://www.monografia.com).
- Cerda, P., Pino, P. & Urrutia, M. T. (2006). *Calidad de vida en mujeres histerectomizadas*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 71(3), 216-221.
- Contreras, J. (2005). *Definición y áreas de la calidad de vida en Oncología* [versión electrónica]. Rev. Oncología, 28(3), 123-128
- Costa, M. & López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Editorial Martínez Roca S. A. Libros de la Universidad Profesional de Barcelona.
- Cuza, Y., Romero, E., & Díaz, I. B. (1998). *Calidad de vida percibida vivenciada en mujeres histerectomizadas*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- De Arriba, L. M., Mendoza, Y. & Díaz, I. B. (1998). *Calidad de vida en pacientes con patología de cuello de útero*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Delgado, M. & Quincha, M. (2003). *Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del TEST SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito*. Rev. Dermatología Peruana, 13 (3), 2354-2364.
- Della, M. & Landoni, A. (2005). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires* (Resultados de una investigación científica llevada a cabo en el marco del Programa de Becas de Investigación para Docentes, Gabinete de Investigación y Vinculación Tecnológica, Universidad Kennedy). Recuperado el 11 de enero de 2007, de www.psicologiacientifica.com.
- Díaz, Y., Vázquez, L. & Díaz, I. B. (1994). *Calidad de vida percibida vivenciada en pacientes con IMA*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad Central de Las Villas.
- Díaz Corral, I. B. (1999). *Calidad de vida. Una demanda del fin de siglo y un Reto para el nuevo milenio*. Conferencia Inagural, III Taller Internacional de Psicología Latinoamericana y Caribeña, Centro de Convenciones Heredia, Santiago de Cuba.

- _____ (2001). *La calidad de Vida. Reto y Necesidad en el Mundo Contemporáneo Actual*. Revista Santiago, 94 (3), 51-67.
- _____ (2002). *Valoraciones desde un juicio autónomo y personal sobre calidad de vida y la valoración actual del país*. Revista Santiago 95 (1), 116-129.
- _____ (2002a). *Psicología y calidad de vida. Una propuesta de invitación a su estudio*. Revista Santiago. Edición Especial 98, 134-140.
- _____ (2003). *Fundamentos filosóficos para la definición de la categoría calidad de vida desde la ciencia psicológica con un enfoque materialista dialéctico*. Revista Santiago, 101, 480 – 490.
- _____ (2004). *Afrontamiento y Calidad de Vida*. Recuperado el 10 de julio de 2005, de <http://www.mnografias.com/trabajos16/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>.
- _____ (2004). *Algunas reflexiones y resultados sobre la autovaloración y la calidad de vida percibida vivenciada*. Recuperado el 10 de febrero de 2005, de <http://www.mnografias.com/trabajos16/autovaloracion.shtml>.
- _____ (2005). *Variables e indicadores personales intervinientes y/o determinantes en la calidad de vida, desde su dimensión personal*. Recuperado el 30 de abril de 2006, de <http://www.mnografias.com/trabajos17/variables-indicadores/variables-indicadores.shtml>.
- _____ (2005a). *Proceso valorativo y calidad de vida. Apuntes para su encuadre investigativo desde lo teórico y metodológico*. Revista Electrónica de Psicología de Iztacala. Recuperado el 15 de Agosto de 2005, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologos/psic.Clin>.
- _____ (2005b). *Instrumentos para evaluar la calidad de vida desde una dimensión psicológica y personal. Un reto para nuestra profesión*. [versión electrónica]. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana, 2 (1), 28-37.
- _____ (2007). *Calidad de vida percibida vivenciada (CVPV). Fundamentos teóricos y conceptuales para su estudio*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2007, de <http://www.monografias.com/trabajos46/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml>.
- _____ (2007a). *Dimensión psicológica de la calidad de vida. Propuesta teórico y metodológica para su estudio*. Ponencia presentada en el II Congreso Latinoamericano de Psicología de la ULAPSI, C. Habana.
- _____ (2007b). *Las salas de rehabilitación en la comunidad. Un espacio social interdisciplinario para promover salud y calidad de vida*. VII Taller Nacional de Ciencia y Conciencia, Santiago de Cuba. (Aprobada para su publicación).
- _____ (2008). *Dimensión psicológica de la Calidad de Vida. Su investigación y resultados en nuestro medio* (sin publicar). Libro sobre la investigación doctoral de la autora, I Versión en soporte digital, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- _____ (2008a). *Factores psicológicos relevantes de la percepción y vivencia de la calidad de vida en pacientes con ACV*. Libro Resumen PsicoCimeq, C. Habana, p. 151.
- _____ (2008 b). *Percepción y vivencia de la calidad de vida y enfermedad cerebro vascular, "Finlay", 2007*. Tesis presentada para optar por el título de Máster en Atención Primaria de Salud, Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.
- Diener, E., Sandwich, E. & Diener, M. (1999). *The relationship between income and subjective well being. Relative or absolute social indicators reseach*. In three decades of progress Psychological Bulletin, 125 (2), 272-302.
- Domínguez, E. M. & Díaz, I. B. (1997). *Calidad de vida percibida vivenciada en pacientes oncológicos*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Engels, F. (1975). *Anti-Dühring* (4ta Edición). Instituto Cubano del Libro. Habana: Editorial Pueblo y Educación, 145-156.
- Estévez Hernández, T. A. (1994). *Calidad de vida y dolor en pacientes oncológicos preterminales*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciada en psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, C. Habana.
- Fabelo Corso, J. R. (1989). *Práctica, conocimiento y valoración* (Primera Edición). Editorial Ciencias Sociales. Ciudad Habana.

- Fayers, P. M. (1997). *Casual indicators in quality of life research*. Rev. Quality of life Research. 6, 393-406.
- Fernández, L. (2002). *La personalidad, Algunos presupuestos para su comprensión*. En Bello, Z. y Casal, J. C. Psicología General (pp.), La Habana: Editorial Félix Varela.
- Fernández-Ríos, L. & García, M. (1999). *Psicología Preventiva y Calidad de Vida*. Editor Miguel Ángel Simón, Manual de Psicología de la Salud (pp. 133-145). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva S. L.
- Ferrán, M. (2001). *SPSS para Windows. Análisis estadístico*. Editor Carmelo Sánchez. España: Editorial Mcgraw – Hill.
- Fierro, A. (1997). *Estrés, afrontamiento y adaptación*. M. I. Hombrados (Coord.) Estrés y Salud (pp. 11 – 37). Valencia: Editorial Promolibro.
- Flores, E., Borda, M. & Pérez, M. A. (2006). *Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social*. International Journal of Clinical and health Psychology, 6 (2), 285 - 300.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). *COPING: Pitfalls and Promise* [versión electrónica]. The Annual Rev. Psychol. 55, 745–74. Recuperado el 21 de julio de 2005, de <http://psych.annualreviews.org>.
- Font, A. (1990). *Valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer*. Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Filosofía y Letras.
- _____ (1990a). *Estrategias de afrontamiento adaptación y calidad de vida*. Revista Comunicaciones. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos de España, 12 0-126.
- Fumtratt-Kloep, E. F. (1995). *Calidad de la vida desde el punto de vista de la gente común*. C. Habana: Editorial Creat.
- García, D. & Ibáñez, E. (1992). *Calidad de vida en enfermos físicos*. Revista Psiquiatría. Facultad de Medicina Barna. 19 (4),148-161.
- García, D. & Soriano, J. (1990). *Evaluación de la calidad de vida en el enfermo físico*. Revista Comunicaciones. II Congreso del Colegio Oficial de Psicología España, 85-90.
- García Viniegras, C. R. & González Benítez, I. (2000). *La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales*. Rev. Cubana De Medicina General Integral, formato electrónico, 2000, 16(6): 586-92
- García-Viniegras, C. R. (2004). *Construcción y validación de una técnica para evaluar bienestar psicológico*. Tesis Doctoral, Facultad Miguel Enríquez, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Gaviriana, A. M., Vinaccia, S., Quinceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarría, C., Contreras, F. & Pineda, R. (2006). *Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgias*. Revista Universidad Veracruzana Psicología y salud, 16 (002), 129-138.
- Giraudy, I., Reyes, E. & Díaz, I. B. (1996). *Calidad de vida en pacientes con IMA*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Gómez, C. (2006). *Fragilidad Psicológica*. Código ISPN de la Publicación: EEuFFAuVEEptniRjZ.
- Gómez, M. & Sabeh, E. (2001). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Recuperado el 21 de agosto de 2001, de <http://www3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- González Carballido, L. G. (2001). *La autovaloración y pretensiones. Elementos de alto nivel regulador para el deportista*. www.deportes.com. Revista Digital, Octubre 2001, Buenos Aires No. (41), 206-216.
- González Pérez, U. (2002). *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud*. Revista Cubana Salud Pública 28(2), 128-132.
- González Rey, F. (1982). *Algunas cuestiones teóricas y metodológicas sobre el estudio de la personalidad*. Editorial Pueblo y Educación C. Habana. Cuba.
- _____ (1994). *Personalidad, modo de vida y salud*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- _____ (1997). *Epistemología cualitativa y personalidad*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- González Rey, F. & Mitjans Martínez, A. (1992). *La personalidad su educación y desarrollo*. La Habana: Editorial Progreso.
- González Rey, F. & Valdés Casal, H. (1994). *Psicología humanista. Actualidad y desarrollo*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- González, U., Grau, J. & Amarillo, M. A. (1997). *La Calidad de vida como problema de la Bioética. Sus particularidades en la salud humana*. Revista Bioética desde una perspectiva cubana. Centro Félix Varela, 279- 285.

- Gracia Guillén, D. (1996). *Ética de la calidad de vida*. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Cuadernos del programa regional de bioética 2, 44-59.
- Grau Abalo, J. (1996). *Calidad de vida y salud: Problemas actuales en su investigación*. Conferencia PsicoSalud 96. La Habana. Palacio de Las Convenciones.
- _____ (1998). *Calidad de vida y salud. Problemas actuales en su investigación. Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Cubana de Psicología de la Salud (ASOCOPSIS)*. Agosto. Cali. Colombia.
- _____ (2003). *La calidad de vida en enfermos de cáncer. Su evaluación*. Documento electrónico. C. Habana.
- Grau, J., Chacón, M. & Llantá, M. C. (2003). *Calidad de vida en enfermos de cáncer. Una revisión* Documento electrónico. Instituto de Oncología de la Habana.
- Henriques, R. H., Amable, Z., Peña, M., Torres, M. L. & Hidalgo, B. (2005). *Sanología hoy: pensamiento y acción*. Centro de Salud y Bienestar Humanos Universidad de la Habana. Jornada Nacional de Ciencias Básicas Médicas, Girón 2005, Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón".
- Hernández Meléndez, E. (1996). *Calidad de vida después del trasplante cardíaco en Cuba*. Libro Resumen. PsicoSalud 96. II Conferencia Psicología de la Salud. Ciudad Habana. Cuba, 143.
- Hernández, M. A. (1996). *Esclerosis múltiple y calidad de vida*. Revista de Neurología de España, 24(134), 321-329.
- Hernández, E. T. (2002). *Pacientes con isquemia crítica de extremidades inferiores. Impacto del tratamiento en la calidad de vida*. Revista de Angiología 54(1): 5 – 11.
- Hernández, S. R., Fernández C. C. & Batista L. P. (1991). *Metodología de investigación*. Editora McGraw – Hill. Interamericana de México SA.
- Ibáñez, J. (1998). *Perspectiva de la investigación social. El diseño de las tres perspectivas*. En M. García; J. Ibáñez y F. Alvira (Comp.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación II Edición* (pp. 51-86). España: Alianza Universidad Textos.
- Ibáñez, E. (1990). *Psicología clínica del enfermo físico*. Revista Comunicaciones. Valencia. España Área 5. Psicología y Salud, 165-173.
- Ibáñez, E. & Andreu, Y. (1988). *Calidad de vida y psicología oncológica*. Anuario de Psicología, 38, 7-21.
- Jocik Hung, G. (1999) *Construcción de un instrumento para medir bienestar subjetivo en adultos mayores*. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. Instituto Superior Ciencias Médicas, Escuela Nacional de salud Pública "Carlos J. Finlay" de la Habana.
- Kozma, A. & Stone, M. I. (1999). *Stability in components and predictors of subjective well being*. Paper delivered at the first conference of the International Society of Quality of live studies. Charlotte; North Carolina. In three decades of progress. Psychological Bulletin 125 (2), 272-302.
- Lamas Rojas, H. (2007). *El desarrollo humano como principio y fin de la salud. Sociedad Peruana de Resiliencia- Artículo por la Fundación Unida*. <http://salu.ecoportal.net/content/advancedsearch/>.
- Lara Muñoz, M. C., Ponce de León, S. & De La Fuente, J. R. (1996). *Conceptualización y medición de calidad de vida en pacientes con cáncer*. Revista Investigación Clínica, Universidad Puebla, 47 (4), 315-327.
- Laucirica, C. (2003). *Calidad de Vida*. Folleto. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas. (Fotocopia).
- Lazaruz, R. S. & Folkman, S. (1986). *El concepto de Afrontamiento*. En Estrés y Procesos Cognitivos (pp. 140-244). Barcelona: Ediciones Martínez Roca. S. A.
- Lenin, V. I. (S/A). *Materialismo y Empiriocriticismo*. La Habana: Empresa Consolidada de Artes Gráficas.
- Llantá Abreu, M. C. & Grau Abalo, J. (1996). *Calidad de vida percibida por los niños con cáncer, reportados por familiares y equipo de salud*, Libro Resumen, *Póster Psicohabana 96*, Palacio de las Convenciones, Ciudad Habana, 194.
- Lloy, C. h. & King, R. (2001). *The leisure satisfaction of the people with psychiatric disabilities*. Psicoinfo Psychiatric Rehabilitation journal 25 (29), 107-113.
- Lopategui, E. (2003). *Bienestar y calidad de vida*. Recuperado el 26 de marzo de 2004, de <http://www.saludmed.com/bienestar|ppt|prs|ppt-B.html>.
- López Roig, M. C. (1993). *Impacto del funcionamiento social en la calidad de vida de enfermos de cáncer*. En León J M; Barraga S. (comp.), *Psicología de la Salud* (pp. 155-159). Sevilla: Editora Eudema.
- _____ (1994). *Cáncer y calidad de vida*. Anuario de Psicología. Universidad de Barcelona, 41-50.

- López Martínez, A. E. (1994). *Cuestionario de calidad de vida (CCDV)*. Jornada: Estrés y Afrontamiento: Calidad de vida y estrés. Universidad de Málaga. (Fotocopia).
- _____ (1997). *Aspectos conceptuales y metodológicos implicados en la relación entre estrés y calidad de vida*. En Hombrados. M I, (Comp.). *Estrés y Salud* (pp. 39 – 69). Valencia: Edit. Promolibro
- _____ (1998). *Estrés, calidad de vida y dolor crónico*. Impreso del curso de doctorado: Estrés, calidad de vida y dolor crónico, Universidad de Málaga, España. (Fotocopia).
- _____ (1998 a). *El constructo de calidad de vida*. Impreso del curso del doctorado: Ocio y calidad de vida. Universidad de Málaga. (Fotocopia).
- _____ (1999). *Estilos y estrategias de afrontamiento en el cáncer de mama*. Proyecto de Investigación. Departamento de Psicología Social y de la Personalidad, Universidad de Málaga, España. (Fotocopia).
- López, Y. & Milanés, I. (1998). *Algunas consideraciones cerca de la autoestima y la autovaloración en mujeres que practican la prostitución*. Tesis por el título de Lic. Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Lozano Alfonso, R. (1996). *Los tests psicológicos y la evaluación de la personalidad*. ¿Qué hacemos y hacia dónde vamos? Revista Estudios Universitarios La Antigua. Panamá, 49, 173-152.
- Loos, C., Briançon, S., Frimac, L., Hanesse, B. & Kessler, M. (2003) Effect of End-Stage Renal Disease on the Quality of Life of older patients. *JAGS*, 51, 229-233.
- Malagón Oviedo, R. (2003). *Repensar las relaciones entre calidad de vida y salud*. En La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud pública (pp. 209-238). Bogotá: Editor Saúl Franco Agudelo.
- Matos, T., Vázquez, O. y Díaz, I. B. (1997). *Calidad de vida en pacientes con trastornos neuróticos*, Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Mc Kcee, R. A.; Díaz I. B. & Vázquez O. (2006). Estudio comparativo acerca de la CVPV en portadores de VIH/SIDA residentes en Santiago de Cuba y Kingston. Estudio Piloto. Tesis para optar por el título de Lic. en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente.
- Michalos, A. C. (1994). *La investigación sobre indicadores sociales desde una perspectiva feminista*. En Álvaro M (comp). Propuesta de sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros (pp. 36-92). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Michalos, A. C. (1999). *Multiple discrepancy theory social indicators research*. In three decades of progress, *Psychological Bulletin* 125 (2), 272-302.
- Mikulic, I. M. & Crespi, M. C. (2007). *Resiliencia y calidad de vida: nuevos aportes para la evaluación psicológica en contexto carcelario*. Anuario XI. Recuperado el 29 de mayo de 2006, de secinve@psi.uba.ar instinve@psi.uba.ar
- Mikulic, I. M. & Arenas, N. (2004). Evaluación de la calidad de vida percibida en población marginal. Una experiencia con 30 integrantes de familias residentes en la Villa 31 de Ciudad de Buenos Aires. (Fotocopia).
- Mikulic, I. M. & Muñós, R. (2005). La construcción y uso de instrumentos de evaluación en la investigación e intervención psicológica: el Inventario de Calidad de Vida percibida (ICV). Base de datos: LILACS 29070.
- Mitchell, J. & Boodley, C. (2001). *Psychometric Evaluation of the 12 item Wellbeing – Questionnaire for use with people with macular disease*. *Psicoinfo*. Quality of life – Reseach, An International Journal of Quality of Life - Aspects of treatment care – and Rehabilitation, 10(5), 465-473.
- Moreno, J. C., Rodríguez, A. H. & Díaz, I. B. (1998). *Calidad de vida en pacientes con V. I. H/ SIDA*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente. Santiago de Cuba.
- Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*, En Buela Casal G, Caballo V E, Sierra J C (Comp.). *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 1045-70). Madrid: Siglo XXI.
- Novella, J. B., Jochus, C. & Jolly, D. (2001). *Argument between patient's and proxies reports of quality of life in Alzheimer's disease*. *Psicoinfo*: Quality of life – Reseach, An International Journal of Quality of Life - Aspects of treatment care – and Rehabilitation, 10(5), 443-452.
- Oramas Viera, A. (2007). *El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental*. Ponencia presentada en el II Congreso Latinoamericano de Psicología de la ULAPSI, la Habana.
- Palacios, D. & Castro, C. (2005). *Calidad de Vida: Una perspectiva Individual*. Recuperado el 15 de enero de 2006, de monografias.com.htm.
- Palmero, F. & Fernández- Abascal, G. (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona: Editorial Ariel S. A.

- Pelechano Barberá, V. (1999). *Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad física crónica: datos y sugerencias para un modelo*. En Familia y Psicología de la Salud (pp. 133-179). España: Ediciones Pirámides.
- Pereira, Y., Nguyen, D. & Díaz, I. B. (2002). *La Autovaloración y los Estilos de Afrontamientos: determinantes psicológicos de la calidad de vida percibida- vivenciada*. Estudio preliminar. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Pérez Butrago, I. C. (2003). *Salud en calidad de vida .Un enfoque innovador*. En La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud pública (pp. 239- 256). Bogotá: Editor Saul Franco Agudelo.
- Pérez, M. I. & Benasayag, L. (2006). *Estrés laboral: estrategias de afrontamiento ante situaciones límite* Hospital Italiano de Buenos Aires
- Pérez Lovelle, R. (1987). *La psiquis en la determinación de la salud*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- _____ (2003). *La vulnerabilidad psicosocial, la estrategia de intervención y el modo de vida sano*. Recuperado el 29 de agosto de 2006, de ppsicología científica - www.psicologiacientifica.com.
- Prior, J. C. & De la Poza, J. (1988). *Aportaciones teóricas al estudio de la calidad de vida*. Actas del II Congreso Nacional de Psicología Social" Sociedad del bienestar y Psicología Social, Alicante, 6-8 Abril, 25-30.
- Reimel de Carrasquel, S. (1992). *La Calidad de vida en el profesorado de la Universidad Simón Bolívar*. Revista La Educación Revolucionaria Iberoamericana de Desarrollo Educativo 1 y 3, O. E. A, 36 (111-113), 25-45.
- Reimel de Carrasquel, S. & Jiménez, Y (2003). *Calidad de Vida Comunitaria: Su Incidencia en la Calidad de Vida Percibida General*. Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela. Recuperado el 25 de marzo de 2007, de www.google.es.
- Remor, E. (2002). *Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH*. A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 148) English version available at 144 | Aten Primaria 2002. julio-agosto. 30 (3),143-149| Recuperado el 23 de julio 2006, de <http://www.impactaperu.org/download/pdf0383.pdf>
- Restrepo, H. & Malagó, H. (2001). *Promoción de la salud. Cómo construir una vida saludable*. España: Editorial Panamericana.
- Reyes, Y. & Díaz, I. B. (2008). *Riesgo psicosocial y calidad de vida percibida vivenciada en hemipléjicos de la Sala de Rehabilitación "Finlay"*. Tesis de Diploma, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente.
- Reyes Saborit, A. (2004). *Psicología de la salud: aproximaciones teóricas y prácticas en el estudio del enfermo renal crónico*. Monografías de Excelencia, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Reyes, A., Santana, X. & Díaz, I. B. (1998). *Calidad de vida en pacientes asmáticos*. Trabajo de Diploma para optar por el título de licenciatura en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Roca Perara, M. A. y Pérez Lazo de la Vega, M. (1999). *Apoyo social y procesos de afrontamiento*. En Apoyo Social: Su significación para la salud Humana (pp. 102-110). La Habana: Editorial Félix Varela.
- Roca Perara, M. A. (2000). *Psicología Clínica. Una Visión General*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Rodríguez Fuentes, Y. (2003). *Estudio de la percepción del concepto calidad de vida en el personal que labora en el Centro de atención al diabético*. Libro Resumen Congreso Bienal de Psicología en Santiago, Centro de Convenciones Heredia.
- Rodríguez, B., Dolengevich, H., Candia, P., Navio, M., Pérez, M. M., Saiz, J. y otros. (2006). *Calidad de vida percibida en trastorno obsesivo- compulsivo: factores relacionados*. BMC Psychiatry. 2006 May 9; 6- 20. (Ref. 12-16).
- Rodríguez, J., Lizón, J., López – Roig, S. & Pastor, M. A. (1995). *Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama tratados mediante infusión continua*. En Psicología comunitaria, salud y calidad de vida (pp. 423-435). Salamaca: Editorial Eudema S.A.
- Rodríguez Marín, J., Pastor, M. A. & López- Roig, S. (1993). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. Revista Psicohema, 5 (Suplemento), 349-372.
- Rodríguez, A. I. & Rodríguez, M. E. (2008). *Proyectos de vida, calidad de vida y bienestar psicológico en espera del trasplante hepático*. Revista Investigaciones Medicoquirúrgicas, Hospital CIMEQ, 2 (11), 64-73.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (2002). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Santiago de Cuba: Impreso en el POLIGRAF.
- Rodríguez, T. D., Fernández, D. & Díaz, I. B. (1998). *Calidad de vida percibida-vivenciada en deficientes auditivos*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.

- Rojas Pernea, S. (2004). *Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas. Experiencia desde un hogar de grupo*. Tesis Doctoral, Departamento de Pedagogía Aplicada, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Barcelona.
- Román, S. M., González, J. F. & Díaz, I. B. (1999). *Calidad de vida en sujetos comisores de intento suicida*. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 60 (1), 25-32.
- Román, S. R., González, N. & Díaz, I. B. (1998). *Calidad de vida en sujetos comisores de intento suicida*, Manzanillo, Granma, Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciada en Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Romero, A. & Díaz, I. B. (2008). *Percepción de riesgo y calidad de vida en hemipléjicos de la Sala de Rehabilitación "Finlay"*. Tesis de Diploma, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente.
- Rosental, M. & Iudin, P. (1973). *Diccionario filosófico*. E Ciudad Habana: Editora Política.
- Ruef, M. B. & Tumbull, A. P. (2001). *Stakeholders opinions on accessible informational products helpful in building positive practical solutions to behavioral challenges of individuals with mental retardation and or autism*. *Psicoinfo. Education and Developmental Deshabilités*, 36(4), 441-456.
- Salina, A. & Díaz, I. B. (2008). *Valoración de la calidad de vida en pacientes hemipléjicos: en dos momentos diagnósticos. Estudio preliminar. Tesis de Diploma, Departamento de Psicología, Universidad de Oriente, (publicada)*.
- Sampier Hernández, R. (2004). *Metodología de la Investigación*. Santa Clara: Empresa Gráfica de Villa Clara.
- Sánchez Padilla, L. M., González, U. & Alerm, A. (2005). *Valoración de la calidad de vida psíquica, física y percibida del adulto mayor*. Jornada Nacional de Ciencias Básicas Médicas, Girón 2005, Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón" (ICBP).
- Sánchez-Cánovas, J. & Sánchez López, M. P. (1994). *Personalidad, Estrés y Salud*. En *Psicología Diferencial: Diversidad e Individualidad Humanas* (pp. 483- 525). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S. A.
- Santos Arrebola, J. L. (1992). *Turismo, calidad de vida y marketing*, Universidad de Málaga. Granada: EDINFOR S. A., 55-69.
- Schwartzmann, I. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales Recuperado el 28 de diciembre de 2003, de [Www/Goglee.es](http://www.Goglee.es)*.
- Siegel, S. (1987). *Las medidas de correlación y sus pruebas de significación*. En *Diseño Experimental no paramétrico* (pp. 226-275). La Habana: Edición Universitaria.
- Sierra, P., Livianos, I. & Rojo I. (2006). *Calidad de vida en los pacientes con trastorno bipolar: relación con variables clínicas y demográficas*. *Rev. bipolar disorders* (edición española), 4, 48-54. (ref. 12-10).
- Simón, M. A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud. (Fundamentos, Metodología y Aplicaciones)*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva S.L.
- Sivak, R. (2007). *Clínica de la vulnerabilidad*. Recuperado el 29 de mayo de 2006, de [Www/Google.es](http://www/Google.es).
- Skinner, K. B. (2002). *Cohabitación, marriage and remarriage: A comparision of relationship quality over time*. *Psicoinfo Journal of family Issues*, 23(1), 74-90.
- Soforcada, E. (2003). *La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud pública*. Bogotá: Editor Saúl Franco Agudelo.
- Solzano, N. & Díaz, I. B. (1996). *Valoración de la calidad de vida percibida-vivenciada en pacientes con intento suicida*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciada en Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Spiegel, M. R. (1971). *Teoría y problemas de Estadística. 873 problemas resueltos*. La Habana: Instituto Cubano del Libro.
- Suardiá Pareras, J. H. (2003). *Fundamentación antropológica del concepto de calidad de vida*. *Revista Bioética*, 298-308.
- Toledo, M., Ferrero, J. & Barreto, M. P. (1993). *Calidad de vida en Oncología. Una reflexión acerca de las cuestiones básicas conceptuales y metodológicas*. *Revista Oncología*, 16 (9), 347-354.
- Toledo, M., Ferrero, J. & Barreto, M. P. (1996). *Cirugía del cáncer de mama y valoración de la calidad de vida global*, *Revista de Psicología Universitas Tarraconenses*, 18, 19-33.
- Torralla Roselló, F. (2000). *Calidad de Vida: Concepto y fundamentos antropológicos*. *Revista labor hospitalaria*. Barcelona. (Fotocopia).

- Urzúa, A., Jarne, A., Perú, M., Knapp, E., Zúñiga, P., Díaz, I. B. & Reyes, E. (2005). *Proyecto Calidad de vida y Estilos de Afrontamiento en Enfermedades Crónicas, un enfoque multicultural*. Universidad de Antofagasta de Chile, Barcelona de España, la Habana y Santiago de Cuba.
- Vinaccia, S., Quintero, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tabón, S. & Zapata, M. (2005). *Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con el diagnóstico de cáncer de pulmón*. *Psicología y salud*, 15 (002), 207- 220.
- Verdugo, M. A. & Vicent, C. (2004). El significado de la calidad de vida. En M.A. Verdugo y C. Vicent, Evaluación de la calidad de vida en empleo con apoyo Proyecto ALSOI (pp. 21-25) INICO. Recuperado el 12 de mayo de 2005, de. <http://imersodiscapacidad.usal.es/docs/F8/FDO7020/Investigacionalsoi.pdf>.
- Williams, V. A. & Díaz, I. B. (2006). *Autovaloración y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Estudio de caso a profundidad*. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Psicología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Wyatt, G.K. & Friedman, L. L. (1996). *Development and testing of a quality of life. Model for long- term female cancer survivors*. *Revista Quality of Life Research*, 5, 387-394.
- Yamamoto, J. (2005). *Hacia una metodología de intervención con criterio intercultural*. SNV amazonía. Agencia holandesa de cooperación internacional. (documento electrónico).
- Yamamoto, J. & Feijoo, A. R. (2005). *La escala psicometría de bienestar WQP*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. (Fotocopia).
- Yamamoto, J. (2006). *Análisis intercultural de conflictos: Concepciones nativas de desarrollo y bienestar: Proyecto focal bosques*. Consorcio IIAP - SNV. (Fotocopia)
- Yamamoto, J. (2007). *Bienestar subjetivo. Un modelo de investigación, diagnóstico y tratamiento*. Curso precongreso, Congreso Bienal de Psicología en Santiago de Cuba, Abril, 2007.
- Yamamoto, J. & Feijoo, A. R. (2007). Componentes émicos del bienestar. Hacia un modelo alternativo de desarrollo. (Material en soporte digital, curso de postgrado, Congreso Bienal de Psicología, Santiago de Cuba, 2007).
- Yámoz, A. Z. (2003). *Fiabilidad de los instrumentos que miden la calidad de vida del cuidador*. *Enfermería Clínica*, 13, 218- 220; Idioma: Francés; (AN 11197774).
- Yela, M. (1967). *La técnica del análisis factorial. Un método de investigación en psicología y pedagogía*. C. Habana: Instituto Cubano del Libro.

ANEXO 1 RESULTADOS Y REGULARIDADES METODOLÓGICAS DE ESTUDIOS PRECEDENTES

A continuación se relacionan *los estudios preliminares* realizados, para mostrar un panorama de los casos que fueron objeto de estudio y que enriquecen las experiencias y resultados alcanzados en el tema.

1. Se estudian 20 casos de pacientes que habían sufrido un infarto agudo del miocardio en 1993 (de un total de 68 registrados en el archivo del Hospital Provincial Saturnino Lora de Santiago de Cuba). Se selecciona una muestra aleatoria pareada con números prefijados, y se comparan con 20 casos supuestamente sanos. (Díaz, Vázquez y Díaz, 1994), para valorar las diferencias entre los grupos, con relación a la valoración de la CVPV.
Se encontró que no había diferencias significativas entre la población infartada y la supuestamente sana respecto a la valoración de la CVPV diagnosticada, quedando ubicadas personas en las categorías establecidas con predominio en ambas muestras, de una valoración de calidad de vida aceptable.
2. Se estudian 30 estudiantes de 3. año de diferentes carreras universitarias (todos cubanos y presuntamente sanos), y se utiliza un muestreo aleatorio simple, con el objetivo de valorar la relación entre la motivación profesional y la percepción y vivencia de la calidad de vida. (Artiaga, Rojas y Díaz, 1996)
Se obtiene que los sujetos con una alta motivación profesional, valoran su CVPV en las categorías más positivas, por lo que quedó relacionada la motivación profesional con la calidad de vida percibida vivenciada. Se resalta el papel de los componentes motivacionales en la percepción y vivencia de la calidad de vida.
3. Se estudian 25 casos de pacientes con trastornos neuróticos ingresados en el Hospital de Día, del Hospital General Santiago de Cuba que representaban el 100% de los casos con dicho diagnóstico durante los meses establecidos para la investigación. (Álvarez y Díaz, 1996), con el objetivo de estudiar la CVPV en personas con trastornos psíquicos menores.
Se encuentran personas ubicadas en las cuatro categorías establecidas. No existieron diferencias significativas entre las personas recién diagnosticadas como neuróticas de aquellas que tenía más tiempo de emitido el diagnóstico. Predominó la valoración aceptable de calidad de vida, con puntuaciones bajas, seguida de pobre, ésta última con puntuaciones cuantitativas altas. Se valora la existencia de una calidad de vida percibida pero poco vivenciada, y se constata la disregulación entre el componente afectivo y cognitivo en el neurótico, así como, los fallos en los mecanismos de autorregulación personal fundamentalmente la autovaloración.
4. Se estudian nuevamente casos de infarto agudo del miocardio, esta vez al cabo del quinto año del episodio isquémico (30 pacientes, de un total de 143 casos que estaban en los archivos del Hospital Provincial "Saturnino Lora"). Se aplica un muestreo aleatorio simple con número prefijado. Se analiza la recuperación del tratamiento revascularizador aplicado después del episodio isquémico, y su repercusión sobre la CVPV del paciente. (Giraudy, Reyes y Díaz, 1996).
Predomina la CVPV en rangos positivos, (buena 50% y 47% aceptable). La topografía del infarto demostró su influencia cualitativa sobre el diagnóstico de la CVPV, siendo el IMA de cara inferior el que más valoraciones positivas expresó. Existió un predominio de las autovaloraciones adecuadas, así como se concluye que el tratamiento de revascularización realizado incidió sobre la calidad de vida percibida de esos pacientes, al expresar mejorías y positividad después del tratamiento.
5. Se estudian 35 alcohólicos primarios dependientes, que asistían a la consulta de alcoholismo del Hospital General Santiago y del Hospital Provincial Saturnino Lora. Se aplica, para la selección de la muestra, un muestreo aleatorio simple con números prefijados de casos. Se utiliza la clasificación de R. Llopis para el alcoholismo. (Botalín, Munder y Díaz, 1997).
Predominó la valoración aceptable (77, 1 %) de CVPV. Existir cierto tiempo de abstinencia en el momento de la evaluación, influyó sobre las expectativas de cura e incidió sobre el tono general de la

valoración, mayor nivel de satisfacción por los logros obtenidos y percibir la CVPV en categorías más positivas. No incidió el tiempo de evolución de la enfermedad, las recaídas, ni el tipo de alcoholismo sobre la valoración de CVPV.

6. Se estudian 30 casos de consulta externa en el estadio 0-1 de cáncer, del Hospital Provincial Oncológico "Conrado Benítez" de Santiago de Cuba, que constituían el 100% de los casos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. (Domínguez y Díaz, 1997).
Existió un marcado predominio del rango positivo de CVPV (bueno 23,3 % y aceptable 63,3%). Se corrobora que la presencia de la enfermedad en sí misma, no provoca necesariamente percepciones y vivencias negativas de calidad de vida. Los lazos emocionales, las expectativas a corto plazo y las creencias religiosas incidieron de manera predominante en los rangos positivos. Predominan los afrontamientos controlados tanto activos como pasivos en la muestra estudiada.
7. Se estudian 64 casos de intentos suicidas frustrados en el municipio Manzanillo (Provincia Granma), los cuales representaban el (30%) de los pacientes reportados de cinco policlínicas, del área seleccionada. Fueron seleccionados con un muestreo estratificado aleatorio. (Román, González y Díaz, 1997).
Predomina la valoración pobre (27%) y aceptable (23 %) de CVPV, pero en el análisis vertical el rango negativo prevalece (62,5 %). Se ratifica lo planteado sobre las alteraciones psíquicas y su incidencia en la CVPV, donde las vivencias negativas prevalecen a pesar de logros y positividad existenciales. El estilo de afrontamiento que predomina es el de centrado en la emoción, autovaloraciones por defecto y fluctuantes.
8. Se estudian nuevamente 30 casos de pacientes con trastornos neuróticos ingresados en el Hospital de Día, que representaban el 100% de ingreso en la etapa de investigación. (Matos, Vázquez y Díaz, 1997), con el objetivo de valorar la incidencia de los trastornos psíquicos menores sobre la CVPV.
Se constata nuevamente el predominio de las categorías valorativas intermedias (pobre y aceptable CVPV, ésta última con puntuaciones nuevamente bajas). Se valora que la presencia de trastornos psíquicos al compararse con los físicos, provoca una disminución sobre la percepción y vivencia de la calidad de vida en las muestras de casos estudiados. Se resalta la insatisfacción con los logros, y no la ausencia de ellos, en las vivencias negativas de los pacientes con afecciones psíquicas, generando inconformidad con lo que se tiene, y un predominio de autovaloraciones inadecuadas por exceso y por defecto en este grupo de enfermos.
9. Se estudian 26 casos (56.5%) de pacientes con conducta suicidas dispensarizados en el área de salud, del Policlínico "José Martí" de Santiago de Cuba que habían realizado el intento durante los meses enero – marzo. (1996-1997). (Solzano y Díaz, 1997), con el objetivo de conocer su valoración respecto a la CVPV.
Se observa la misma tendencia que en estudios precedentes, al existir personas ubicadas en las categorías intermedias de forma predominante (pobre y aceptable). Se destaca la presencia de afrontamientos activos y pasivos descontextualizados y por tanto, la dificultad para ejercer control. Se detectan problemas en el seno familiar y de tipo amoroso, que están priorizados y que cargan negativamente a los sujetos evaluados, así como se observó un comportamiento suicida más intencionado en los sujetos ubicados en rangos negativos respecto a los que se ubican en rangos positivos.
10. Se estudian 27 casos (81,8 %) de pacientes portadores de VIH y Seropositivos que estaban en régimen ambulatorio o sanatorial, controlados en el Sanatorio del SIDA de la Provincia de Santiago de Cuba (Moreno, González y Díaz 1997).
Existe un predominio de la valoración aceptable de CVPV. Resultó significativa la relación entre CVPV con la autovaloración, la presencia de estados psicopatológicos y los estilos de afrontamiento.
11. Se estudian 50 casos (100%) de mujeres a las cuales se les había practicado la histerectomía (de 108 casos controlados en el Hospital Materno Sur de Santiago de Cuba durante la etapa prefijada de la investigación: enero - diciembre de 1998). (Cuza, Romero y Díaz, 1998).

Se obtiene como predominio la valoración de buena CVPV (50%), seguida de aceptable (40 %). Se valora de forma positiva el procedimiento quirúrgico practicado, la mayoría de las mujeres ya eran madres, y se logran alivios y resolución de síntomas. Se concluye que la histerectomía no incide negativamente, sino de forma positiva sobre la CVPV.

12. Se estudian 45 casos (28%) de un universo de 160 casos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, de deficientes auditivos (sordos o hipoacúsicos), miembros de la sede Provincial de la ANSOC en Santiago de Cuba, aplicándose el método de simple azar computarizado con números aleatorios mediante el programa aleator.exe. (Rodríguez, Fernández y Díaz, 1998). Predomina la valoración aceptable de CVPV. Se valora que la valoración de la CVPV se ve influida por el nivel de adaptación producido por la experiencia de la limitación. Se destacan las creencias religiosas, autovaloración adecuada, los lazos emocionales positivos así como las aspiraciones casi alcanzadas y las expectativas en plazos cortos y de mediano alcance, en las valoraciones positivas ofrecidas. Se detectan malestares psíquicos fuertes en el grupo de pobre CVPV (11%) vinculados a las carencias materiales, lazos afectivos negativos y la falta de integración social.
13. Se estudian 30 casos (100%) de pacientes que acudían a consulta de patología de cuello del Hospital Materno Este de Santiago de Cuba, durante los meses enero - marzo. (De Arriba, Mendoza y Díaz, 1998), con el objetivo de caracterizar la CVPV en estos pacientes y conocer las categorías valorativas más representativas de este grupo. Existió un predominio de la valoración de aceptable CVPV (70 %) de la muestra. Los estilos de afrontamiento activos controlados y la adecuada autovaloración, son predominantes en los rangos positivos. La presencia de estados psicopatológicos y los estilos de afrontamientos activos sin control, inciden en los rangos negativos de CVPV. De manera general, existe una adecuada actitud clínica de estos pacientes frente a su enfermedad.
14. Se estudian 51 casos (100%) de pacientes asmáticos que acudían a la consulta de Alergología del Hospital General Santiago, durante los meses febrero - abril. (Reyes, Santana y Díaz, 1998). Se constata el predominio de aceptable CVPV (68,6%), se valora la influencia de la descompensación de las crisis asmáticas en el momento de la evaluación, sobre las categorías de CVPV establecidas, pues los pacientes con síntomas productivos, sus valoraciones fueron más negativas. Se destaca el tono afectivo positivo, la ausencia de estados psicopatológicos, los logros, los vínculos afectivos positivos y las vivencias positivas de manera general en el estudio realizado. Se diagnostican autovaloraciones predominantemente adecuadas, distribuidas en las diferentes categorías de CVPV, con predominio en los rangos positivos. Además, se valoran con aceptable calidad de vida, personas con autovaloraciones por exceso y en menor escala fluctuante.
15. Se estudian 50 casos de epilépticos esenciales que acudían a consulta de neurología del Hospital Provincial Saturnino Lora de Santiago de Cuba y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio. (Rodríguez y Díaz, 1999). Predomina la valoración aceptable de CVPV, seguida de pobre. Personas con autovaloración por defecto valoran de forma positiva su CVPV, y se detectan personas con adecuada autovaloración que valoran como pobre su CVPV. Las expectativas de mejoría y control de la enfermedad se valoran en plazos cortos y de mediano alcance en el grupo, predomina el afrontamiento controlado, tanto activo como pasivo, este último en la valoración más positiva (buena).
16. Se realiza un estudio con 31 pacientes (17 hipertensos y 14 asmáticos) de un consultorio del médico de familia de un total de 152 pacientes registrados, evaluándose el 100% de los que cumplían los criterios establecidos. (Berdión, Sainz y Díaz, 1999) con el objetivo de valorar la efectividad de la terapia racional emotiva sobre la valoración personal de la CVPV. Se aplica la prueba no paramétrica de MC Nemar para valorar la significación de los cambios, en la que cada persona, es usada como su propio control. Se concluye que resultó eficaz la TRE para incidir sobre la percepción y vivencia de la calidad de vida en la muestra estudiada, al observarse cambios significativos ($= 3,84$) entre el diagnóstico inicial y final, y mejorar la valoración sobre la CVPV. Los cambios más significativos fueron detectados en los

ajustes de la autovaloración y el afrontamiento, lo que resalta el valor de estas dos variables en los estudios sobre CVPV.

Como extensión del estudio y por interés de otros especialistas en nuestra investigación:

17. Se estudian 52 adultos mayores, 26 institucionalizados en el Hogar de Ancianos "Padre Acevedo" de Manzanillo, y 26 que convivían con sus familias. En la selección se utilizó una muestra pareada atendiendo a sesgos de sexo, edad, y residencia en el área y se aplica un muestreo aleatorio simple. Se estudia el 100% de los casos institucionalizados por más de un año que cumplían con los requisitos de inclusión y exclusión establecidos. (Cabreja, González y Díaz, 1998). Se concluye que los ancianos que conviven con sus familias valoraron mejor su CVPV con relación a los institucionalizados, se resalta el valor de la familia en el grupo etéreo. La salud no resultó determinante pues en ambos grupos prevalece la presencia de enfermedad, y la categoría de calidad de vida que predomina es de aceptable, para ambos grupos. Los estilos de afrontamiento resultaron tener diferencias al predominar el activo controlado en los ancianos que están en su medio familiar y los pasivos controlados en los institucionalizados.

Para garantizar la mayor homogeneidad posible en los estudios realizados, se procede, desde el punto de vista metodológico de la siguiente forma:

- Se aplica la misma batería de técnicas desde el año 1994 hasta el 1998, realizando los perfeccionamientos requeridos, a los instrumentos seleccionados y sus procedimientos de calificación, en base a criterios de jueces y la propia práctica con los casos.

Esta batería inicialmente estuvo conformada con técnicas tales como: el test desiderativo "Mis tres deseos", la técnica de Elección de Valores y una encuesta (todas con adaptaciones) además, de los que se citan en el presente informe, que son el Completamiento de frases, la Escala autovalorativa Dembo - Rubinstein, y la Escala Valorativa de CVPV, a los cuales se les aplicó un programa computarizado (al que se hará referencia más adelante), para valorar los por cientos de mayor coincidencia con el diagnóstico final, y valorar su potencia eficiencia, quedando con mayores correspondencias o iguales los aquí empleados, es decir, los tres últimos.

Las técnicas que se emplean en este estudio y sus criterios de calificación han sido utilizados en un total de 603 sujetos evaluados y analizados a través de ellas, lo cual ha permitido el alcance del objetivo de caracterización psicológica de las categorías establecidas y ganar en experiencia tanto en su aplicación, como en el análisis y la interpretación de sus datos.

- Se realizan análisis casuísticos y grupales, los últimos efectuados para reflejar el predominio de las categorías de CVPV establecidas (buena, aceptable, pobre y mala) en cada grupo estudiado, así como la caracterización del componente subjetivo-personal encontrado.
- Se mantienen en todos los estudios realizados, algunos criterios generales de inclusión y exclusión elaborados para la investigación, como son las edades inferiores y superiores, exclusión por incapacidad para responder de manera autónoma las preguntas e instrumentos, la voluntariedad para participar en la investigación.
 - Para valorar la utilidad de los instrumentos y su perfeccionamiento, se realizaron varios pasos para garantizar la validez y confiabilidad para alcanzar el objetivo propuesto, centrado en el análisis clínico de la caracterización psicológica de la CVPV en las categorías establecidas, y estos pasos fueron:
 - a) Después de cada aplicación individual, (603 casos) se preguntaba a los sujetos si comprendían las preguntas, y la forma en que se debía responder. Este procedimiento se llevó a cabo además, con el 100% de los colaboradores de la investigación, los cuales ayudaron y realizaron las investigaciones de campo en sus trabajos de tesis, y que suman 27 en total, utilizados como jueces iniciales.
 - b) Al terminar la aplicación y evaluación del conjunto de técnicas y arribar a una calificación final enmarcada en uno de los cuatro categorías de CVPV, se le preguntaba a cada sujeto, el grado de aceptación con la ubicación notificada. Se tabuló el grado de correspondencia entre la valoración inicial que se expresaba al realizar la pregunta controlada en el registro de datos, técnica que se aplicaba inicialmente, y la categoría

en que quedaba diagnosticado a través de las técnicas, encontrándose correspondencia en más del 75% de los casos. La correspondencia era mayor para el análisis por rangos (positivos y negativos), que para las categorías independientes.

- c) Se solicitó la valoración sobre las técnicas seleccionadas, sus adaptaciones y procedimientos de calificación implementados, a un total de 57 profesionales de la asistencia psicológica y profesores de la carrera de psicología, que fungieron como miembros de los tribunales creados para el acto de defensa de las tesis para obtener el título de Licenciados en Psicología, con los trabajos de campo realizados del tema citados anteriormente, así como se solicitó, la valoración de los psicólogos que actuaron como oponente de esos trabajos (19 profesionales más), y otros que participaron en tribunales de tesis para obtener el título de Especialista en MGI y como Especialista de Primer Grado en Neurología.

Con ellos se realiza un criterio de experto, para valorar las coincidencias de los profesionales más competentes para ofrecer una valoración y argumentación al respecto, decidiendo que fueran los que tuvieran conocimiento sobre el tema, tener más de 5 años de ejercicio profesional en la clínica, y utilizar en su labor psicodiagnóstica las técnicas utilizadas en el estudio, centrando el análisis, en el completamiento de frases, el Dembo Rubinstein y las escalas valorativas. Estas últimas usadas también, en la valoración de la efectividad de las terapias aplicadas y en la evaluación de malestares y vivencias. Se aplica el coeficiente de concordancia de Kendall y se obtiene como resultado que se considera factible y plausible la propuesta realizada sobre las técnicas seleccionadas, así como los procedimientos de calificación e interpretación diseñados.

- d) Finalmente, la autora quiere hacer referencia, al procedimiento computarizado utilizado para elegir las técnicas empleadas en el estudio final. Para evaluar la potencia eficiencia de cada instrumento respecto a las categorías valorativas de CVPV, se realiza el siguiente procedimiento:

- Primero se valora la correspondencia del diagnóstico que ofrecían los instrumentos con el diagnóstico final en que se ubica el sujeto. Se describen tablas de doble entrada, una para cada test, contra el diagnóstico general, teniendo en cuenta tres categorías: falsos positivos (f.p), iguales (i) y falsos negativos (f.n), tomando como patrón la calidad de vida diagnosticada finalmente.
- Se operacionalizó esta valoración de la siguiente forma:

1- Falsos Positivos (f. p.): la calificación de calidad de vida de la técnica es superior a la calificación general.

2- Iguales (i): coinciden la calificación de calidad de vida de la técnica y la calificación general.

3- Falsos Negativos (f. n.): la calificación de calidad de vida en la técnica es inferior a la calificación general.

Sean b, a, p, m cuatro calificaciones, tanto de los tests, como de la calidad de vida general, que significan:

-b: buena Calidad de Vida.	-p: pobre Calidad de Vida.
-a: aceptable Calidad de Vida.	-m: mala Calidad de Vida.

Las cuales se colocan ordinalmente en forma descendente tanto las filas como las columnas de forma que:
Ejemplo:

GENERAL				
Test	B	A	P	M
B	*			
A		*		
P			*	
M				*

Los datos en el diagonal corresponden a los iguales.

Por encima del diagonal corresponden a los falsos positivos.

Por debajo del diagonal corresponden a los falsos negativos.

La evaluación de los Falsos Positivos será:

Test	-	General
b	-	A
b	-	P
b	-	M
a	-	P
a	-	M
p	-	M

Es decir, todas las celdillas por encima de la diagonal principal.

La evaluación de Falsos Negativos será:

Test	-	General
a	-	B
p	-	B
p	-	A
m	-	B
m	-	A
m	-	P

Es decir, todas las celdillas que se colocan por debajo de la diagonal principal.

Las evaluaciones de la concordancia entre cada instrumento y la calidad de vida general se ofrecen de forma descriptiva (porcentual).

Este resultado determina la selección final de los instrumentos para su empleo en ésta y en sucesivas investigaciones sobre CVPV, y lo exponemos, por ser condición previa y argumento del empleo de los instrumentos utilizados en el estudio que presentamos, remitiendo a los interesados, a los diplomas dirigidos por la autora en 1998-99, en la Universidad de Oriente, si se quiere ampliar los datos al respecto.

Este proceder enmarcado desde un paradigma positivista, permitió el análisis de la potencia eficiencia de los instrumentos para su selección definitiva y su propuesta de aporte en el trabajo en el plano práctico.

De todos estos estudios, se recogen resultados y regularidades importantes encontradas, tenidas en cuenta a la hora de proyectar y realizar este estudio final como son:

- Como regularidad en las muestras estudiadas, existen personas ubicadas en las diferentes categorías valorativas de CVPV establecidas (bueno, aceptable, pobre y malo).
- Al estudiar poblaciones enfermas, en las que se controlaron algunas variables clínicas como, la topografía de la afección, el estadio de la enfermedad y el tiempo de evolución de la misma, para relacionarlas con las categorías de calidad de vida, sus resultados no llegan a ser concluyentes, al arrojar en algunos estudios, niveles significativos y en otros no.

Los hallazgos encontrados en las investigaciones realizadas, y lo referido en la literatura consultada sobre la relación entre calidad de vida y salud, fundamentan y argumentan la decisión de valorar la influencia de la variable salud sobre la valoración de la calidad de vida, haciendo solo distinción en cuanto al control o descompensación de la enfermedad en la población afectada por alguna enfermedad, en el estudio actual, y se decide no realizar comparaciones entre enfermos y sanos en dirección de valorar diferencias respecto a la ubicación en las categorías de CVPV establecidas.

- En los estudios realizados, la variable psicológica, tuvo significación estadística al relacionarla con las categorías de CVPV, permitiendo a partir del año 1997 valorar e ir conformando las características psicológicas de los rangos positivos y negativos de la CVPV (Díaz, 1998)
- El comportamiento observado de aspectos psicológicos estudiados y su influencia en la valoración personal de la calidad de vida en las diferentes investigaciones realizadas a partir del año 1998, fundamentan el interés hacia los procesos de autovaloración y el afrontamiento como aspectos de gran

valor e importancia para explicar y comprender la valoración positiva o negativa de la CVPV del sujeto, y se comienza a pensar que ellos pueden considerarse los determinantes psicológicos fundamentales de la valoración personal de la CVPV.

ANEXO 2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR ATRIBUTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA VALORACIÓN DE CVPV

Tabla #1. Descripción de la muestra por edad

Edad	Frecuencia	%
18-25	10	10
26-36	25	25
37-47	49	49
48-60	16	16

Tabla #2. Descripción de la muestra por sexo

Sexo	Frecuencia	%
Fem.	57	57
Masc.	43	43

Tabla #3 Descripción de la muestra por estado civil

Estado Civil	Frecuencia	%
Casado	45	45
Soltero	27	27
Divorciado	20	20
Viudo	8	8

Tabla #4. Descripción de la muestra por nivel escolar

Nivel Escolar	Frecuencia	%
Primaria	10	10
Medio	27	27
Media Sup.	38	38
Superior	25	25

Tabla #5. Descripción de la muestra por su activismo laboral

Vinculo Laboral	Frecuencia	%
Activo	79	79
No activo	13	13
Trab. C.P	8	8

Tabla #6. Descripción de la muestra según la ocupación

Ocupación	Frecuencia	%
Obrero	12	12
Técnico	46	46
Profesional	16	16
Dirigente	4	4
Jubilado	3	3
Ama de casa	13	13
Estudiante	6	6

Tabla #7. Distribución de la muestra según el color de la piel

Color de la piel	Frecuencia	%
Blanco	45	45
Negro	25	25
Mestizo	30	30

Tabla #8. Distribución de la muestra según variable Salud

Valoración del Estado de Salud actual	Frecuencia	%
Ausencia de Enfermedad	45	45
Enfermedad o Padecimientos controlados	40	40
Enfermedad Activa	15	15

Tabla #9. Descripción de la muestra por edad y las categorías de CVPV

Edad	CVPV				
	Buena	Aceptable	Pobre	Mala	TOTAL
	%	%	%	%	CASOS
18-25	40	50	10	----	10
26-36	20	60	16	4	25
37-47	2	78	20	----	49
48-60	19	63	2	6	16

Tabla #10. Descripción de la muestra por sexo y las categorías de CVPV.

Sexo	CVPV				
	Buena	Aceptable	Pobre	Mala	TOTAL
	%	%	%	%	CASOS
Masculino	14	63	21	2	57
Femenino	11	74	12	2	43

Tabla #11 Descripción de la muestra por sexo y las categorías de CVPV

ESTADO	Buena	Aceptable	Pobre	Mala	TOTAL
CIVIL	%	%	%	%	CASOS
Casado	9	84	7	-	45
Soltero	22	52	22	4	27
Divorciado	15	50	30	5	20
Viudo	---	75	25	---	8

Tabla #12. Descripción de la muestra por nivel escolar y las categorías de CVPV

Nivel de Escolaridad	CVPV				TOTAL CASOS
	Buena %	Aceptable %	Pobre %	Mala %	
Primaria	10	70	10	10	10
Medio	15	70	15	----	27
Media Sup.	5	66	26	3	38
Superior	24	68	8	----	25

Tabla #13 Descripción de la muestra por su activismo laboral y las categorías de CVPV

Vinculo Laboral	CVPV				TOTAL CASOS
	Buena %	Aceptable %	Pobre %	Mala %	
Activo	8	76	15	1	79
No Activo	----	54	38	8	13
Trab. Cuenta propia	87	13	---	----	8

Tabla #14. Descripción de la muestra por su ocupación y las categorías de CVPV

Ocupación	CVPV				
	Buena %	Aceptable %	Pobre %	Mala %	TOTAL CASOS
Obrero	17	66	17	---	12
Técnico	13	68	17	2	46
Profesional	19	81	---	----	16
Dirigente	25	75	----	----	4
Jubilado	----	67	33	----	3
Ama de casa	8	38	54	---	13
Estudiante	----	100	----	----	6

Tabla #15. Descripción de la muestra por el color de la piel y las categorías de CVPV

Color de la Piel	CVPV				
	Buena %	Aceptable %	Pobre %	Mala %	TOTAL CASOS
Blanco	18	51	29	2	45
Negro	8	84	8	----	25
Mestizo	10	80	7	3	30

Tabla #16. Descripción de la muestra por el estado de salud y las categorías de CVPV

Valoración del Estado de Salud actual	CVPV				
	Buena	Aceptable	Pobre	Mala	TOTAL
	%	%	%	%	CASOS
Ausencia de Enfermedad	16	60	22	2	45
Enfermedad o Padecimientos controlados	7	66	27	---	15
Enfermedad Activa	13	77	7	3	40

ANEXO No. 3 REGISTRO DE DATOS

Nombre: _____

<u>Sexo</u> M _____ F _____	<u>Color de la Piel</u> B _____ N _____ M _____	<u>Residencia</u> Urbana _____	<u>Vínculo Laboral</u> Activo _____ No activo _____ Trabajador Cuenta Propia _____
<u>Edad (años)</u> 18-25----- 26-36 _____ 37-47 _____ 48-60 _____	<u>Nivel Escolar</u> Primaria----- Secundaria _____ Preuniversitario _____ Universitario _____ Sin Nivel Vencido. _____	<u>Ocupación</u> Obrero _____ Técnico _____ Profesional _____ Dirigente _____ Jubilado _____ Ama de casa _____ Estudiante _____ Otros _____	<u>Estado Civil</u> Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____
<u>Hábitos Tóxicos</u> Sí _____ No _____ Tabaco _____ Café _____ Alcohol _____ Drogas _____	<u>APP</u> Presente _____ Ausente _____ <u>APF</u> Presente _____ Ausente _____	<u>Creencia religiosa</u> Sí _____ No _____ Católica _____ Protestante _____ Sincrética _____ No profesa _____ Otras _____	<u>Pareja Sexual</u> Sí _____ No _____ <u>Disfunción Sexual</u> Sí _____ No _____ <u>Trastorno de Identidad Sexual</u> _____
<u>Medicamentos</u> _____ Otros _____	<u>Ejercicios Físicos.</u> Sí _____ No _____		
<u>Afectación Actual por Período Especial.</u> Muy afectado _____ Afectado _____ Poco afectado _____ No afectado _____		<u>Afectación Actual por Contexto Referido</u> Muy Afect. Afectad o. Poco Afect. No Afect. Familiar Social Laboral Personal Enfermedad	
<u>Jerarquía de Contextos</u> Familiar _____ Social _____ Laboral _____ Personal _____	<u>Áreas + Afect. por P.E. (ordénelas x + afect.)</u> Económica _____ Política _____ Social _____ Jurídica _____ Moral _____	<u>Plazos de Recuperación del País</u> Corto Plazo _____ Mediano P _____ Largo Plazo _____ Nunca _____	<u>Alimentación</u> Muy Buena _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____
<u>Vestuario</u> Abundante _____ Suficiente _____ Insuficiente _____ Poco _____	<u>Artículos de Valor</u> Abundantes _____ Básicos _____ Escasos _____ Nulos _____	<u>Cond. de la Vivienda</u> Muy Buenas _____ Buenas _____ Regulares _____ Malas _____	<u>Salario Indiv.</u> _____

Percápita Familiar

205-450 A
148-205 M
100-147 B
>100 MB

Servicios Públicos

Electricidad. _____
Acueducto. _____
Alcantarillado. _____

Adquisición Alimentos

Planificados _____
Otras Vías _____

Valoración Situación del

País
Buena _____
Mejorada _____
Regular _____
Mala _____

CONTEXTO FAMILIA

Respecto a otras personas me siento

Mejor _____
Igual _____
Peor _____
No se _____

Convivencia

de hijos _____
Esposa(o) _____
Nietos _____
Otros _____

Tipo de Familia

Extensa _____
Nuclear _____
Compuesta _____
Familias a cargo
1 _____ +1 _____

Cantidad de miembros No Trabajan

Trabajan _____

Ingresos monetarios
_____ _____
_____ _____

Tipo de cocina

Gas _____
Kerosene _____
Carbón _____
Eléctrica _____
Otras _____

Relaciones familiares

Muy buenas _____
Buenas _____
Regulares _____
Malas _____

Posición en el hogar

Muy importante _____
Importante _____
Necesario _____
Indiferente _____

Satisfacción con la familia

Muy satisfecho _____
Satisfecho _____
Poco satisfecho _____
Insatisfecho _____

Diagnósticos de CVPV por Técnicas. Contexto Familiar

Esc. V	D.R	C.F	D.F.
B	B	B	B
A	A	A	A
P	P	P	P
M	M	M	M

Resumen del Contexto Familiar

R.F.	S.L.	Asp	Exp	Viv.	S. F.	V. F.
M.B	MS	Alc	CP	MM	MS	
B	S	CA	MP	M	S	
R	PS	PA	LP	R	PS	
M	I	NA	NA	I	I	

CONTEXTO LABORAL

Cond. Laborales

MB _____
B _____
R _____
M _____

Medios de trabajo

Nuevos _____
Deteriorados _____

Gusto x Trabajo

Sí _____
No _____

Posible Fluctuación Laboral

Sí _____
No _____

Percepción de la Importancia del Trabajo.

Sí _____
No _____

Jerarquía Laboral

Lo + importante _____
Necesario _____

Aspiración Mejorar Posición Laboral.

Sí _____
No _____

Respecto a otros compañeros de Trabajo se siente

Mejor _____ Igual _____
Peor _____ No se _____

Esc. Valorativa	Demb o Rubin stein	Completo amiento de Frase	Diagnóstico Final
B	B	B	B

Relac Lab.	Satisf ac. Logros	Aspiraciones	Expe ctativas	Vivenci as.	Relac iones Socia les	Valor ación Final
M.B	MS	Alc	CP	MM	Sí	

A	A	A	A
P	P	P	P
M	M	M	M

B	S	CA	MP	M		
R	PS	PA	LP	R	No	
M	I	NA	NA	I		

CONTEXTO SOCIAL

Limitaciones.
Desarrollo Actual
Social

Tiempo Libre

Ambiente Natural

Ambiente Social

Respecto a amigos
se siente

No _____

Mucho _____

Conservado _____

Positivo _____

Mejor _____

A veces _____

Medio _____

Poco Cons. _____

Negativo _____

Igual _____

Casi siempre _____

Poco _____

Peor _____

Siempre _____

Nada _____

No se _____

Esc. V	D. R	C. F	D. F
B	B	B	B
A	A	A	A
P	P	P	P
M	M	M	M

R. A	SL	Asp	Exp	Viv.	Asp	V.F
M	MS	AI	CP	MM	Pos.	
I	S	CA	MP	M		
P	PS	PA	LP	R	Neg	
NS	I	NA	NA	I		

CONTEXTO PERSONAL

Es feliz

Respecto a sí mismo se
siente

Vida activa actual

Con relación a otros se considera

Sí _____

Muy Satisf. _____

Indiferent
e _____

Buena _____

Mejor _____

Peor _____

No _____

Satisf. _____

Muy
Insatisfec
ho _____

Aceptable _____

Igual _____

No se _____

No se _____

Pobre _____

Mala _____

Esc. V	D.R	C.F	D. F.
B	B	B	B
A	A	A	A
P	P	P	P
M	M	M	M

PSI	SL	Asp	Exp	Viv.	PF.	V.F
MS	MS	AI	CP	MM	Si	
S	S	Ca	MP	M	No	
I	PS	Pa	LP	R	NS	
MI	I	Na	N	I		

CONTEXTO ENFERMEDAD

Afectación de la
Salud

Limitación Física

Percepción de
Limitación

Contextos
Afectado por
enfermedad.

Con relación a otros que
tienen su misma
enfermedad se considera

Sí _____

Sí _____

Ligera _____

Familiar _____

Mejor _____

Peor _____

No _____

No _____

Moderada _____

Social _____

Igual _____

No se _____

NS _____

Grave _____

Laboral _____

Ninguna _____

Económica _____

Esc. V	D.R	C.F	D.F.
B	B	Sc	B
A	A		A
P	P	Cc	P
M	M		M

P. Lim.	SL	Asp	Exp	Viv.	Relac Otros	V.F
N	MS	Al	CP	MM	M	
L	S	Ca	MP	M	I	
M	Ps	Pa	Lp	R	P	
G	I	NA	N	I	NS	

<u>AUTOVALORACIÓN</u>							
Contex	R.D	D. R	C. F	E. V	DR F	Ves	VFi nal
Personal							
Familiar							
Social							
Laboral							

<u>ESTILOS DE AFRONTAMIENTO</u>			
	CF	DR	V. Final
Activo Control			
Activo Descont.			
Pasivo Control			
Pasivo Descont.			

<u>TONO AFECTIVO</u>					
CF	Esc. V		DR	RD	VF
MP	LP		B	MP	
P	SLF		A	P	
N	SLL		P	N	
MN	SLS		M	MN	

<u>ESTADOS PSÍQUICOS</u>						
	Cont ex.	RD + -	CF + -	DR + -	EV + -	VF + -
Pres	Pers					
Aus.	Fam					
	Lab					
	Soc					

<u>LOGROS</u>					
Contex.	E.Valor	DR	CF	RD	VFinal
P					
F					
L					
S					
E					

<u>EXPECTATIVAS</u>					
Con t	EV	DR	CF	RD (+ -)	VF
P					
F					
L					
S					

<u>ASPIRACIONES</u>				
DR	Es. V	CF	RD	VF
B	A			
A	CA			
P	PA			
M	NA			

<u>VIVENCIAS PSÍQUICAS ACT.</u>				
CF	Es. V	DR	RD	VF
MP	MS	MB		
P	S	B		
N	PS	R		
MN	I	M		

CALIDAD DE VIDA

Dembo-Diagnóstico Final

C. V. Global	C.V.Diagnóstica	C. V. Final.	C. V Referida
B	B	B	B
A	A	A	A
P	P	P	P
M	M	M	M

Resumen Diagnóstico

P.C.V	D.R	C.F	Esc. V	Final
B	B	B	B	B
A	A	A	A	A
P	P	P	P	P
M	M	M	M	M

CONTEXTO ENFERMEDAD

PE.SL.	Asp.	Exp	Viv.
MM	A	C	MM
M	CA	M	M
R	PA	L	R
I	NA	N	I

ESCALA VALORATIVA

T.M.SI.	Asp.	Expt.	Viv.
Ms	A	C	MM
S	CA	M	M
PS	PA	L	R
I	NA	N	I

E.E.SI.	Asp.	Exp.	Viv.
MS	MS	C	MM
S	CA	M	M
PS	PA	L	R
I	NA	N	I

C.D.SI.	Asp.	Exp.	Viv.
MS	A	C	MM
S	CA	M	M
PS	PA	L	R
I	NA	N	I

RMPSL	Asp.	Exp.	Viv
MS	A	C	MM
S	CA	M	M
PS	PA	L	R
I	NA	N	I

REH	LOG	ASP	VIV
SL	A	C	MM
S	CA	M	M
PS	PA	L	R
I	NA	N	I

ANEXO 4 COMPLETAMIENTO DE FRASES DE CVPV

Nombres y apellidos: _____ Edad _____
 Sexo: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____
 Color de la piel: _____ Nivel de escolaridad: _____ No de hijos _____

Residencia	Vinculación laboral
Urbana ()	Activo ()
Sub-urbana ()	No activo ()
Rural ()	Trabajador por cuenta propia ()

Complete las siguientes frases, de manera que expresen sus verdaderas necesidades, deseos, intereses, y la forma de sentirse en el momento actual.

Mucho Bastante Poco Muy poco

1. Me siento _____
2. No puedo _____
3. Me duele _____
4. Me disgusta _____
5. Estoy _____
6. Sufro _____
7. Mis nervios _____
8. Mi principal problema _____
9. El tratamiento médico _____
10. Mi enfermedad _____
11. Mi salud física la valoro _____
12. Creo _____
13. La muerte _____
14. Espero _____
15. Pienso _____
16. Priorizo _____
17. Mi vida actual _____
18. Yo necesito _____
19. He perdido _____
20. Prefiero _____
21. Mantengo _____
22. Ayudo _____
23. Me gustaría _____
24. Me siento limitado _____
25. Sería feliz _____
26. Me gustaría mejorar _____
27. Sexualmente _____
28. Acepto _____
29. Logré _____
30. Quisiera _____

¿Tiene actualmente pareja sexual? Sí _____ No _____

En cada una de las situaciones anteriores exprese en qué medida le afecta o le favorece para su bienestar actual, lo expuesto en cada ítem por usted. Marque en el espacio señalado una alternativa.

Mucho---- Bastante---- Poco---- Muy poco-----

¿Qué haces con frecuencia, ante los malestares? ¿Qué haces frecuentemente para triunfar o sentirte bien?

PERFIL 1

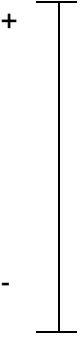
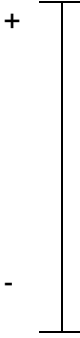

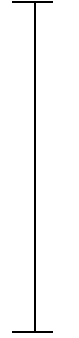
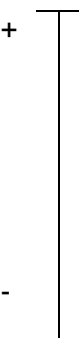
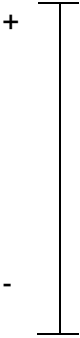
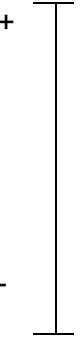
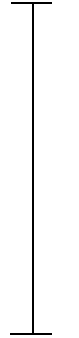
**COMPLETAMIENTO DE FRASES DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA
VIVENCIADA**

Calificación Puntuación	<i>Puntaje / Categoría</i>				<i>Puntaje / Categoría</i>			
	+1	+2	+3	+4	-1	-2	-3	-4
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
Diagnóstico Final								

CONFORME: SI___ NO___

ANEXO 5 ADAPTACIÓN ESCALA AUTOVALORATIVA “DEMBO-RUBINSTEIN” PARA CVPV

“Ubique una cruz en las gráficas que indique el lugar donde usted se encuentra actualmente atendiendo a cada parámetro, teniendo en cuenta que en la parte inferior están las valoraciones más negativas y en la superior las más positivas. Usted puede ubicarse en cualquier parte de la línea”

			
Calidad de Vida Personal	Calidad de Vida Familiar	Calidad de Vida Laboral	Calidad de Vida Social
			
Calidad de Vida Global	Salud	Felicidad	Aspiraciones en la vida

1. ¿Qué entiendes por calidad de vida? ¿Cómo se expresa ésta, en el marco personal, familiar, laboral, social y general?
2. Defina que es para usted salud, felicidad y aspiraciones en la vida.
3. Ubíquese en cada gráfica en el punto donde usted crea estar situado en el momento actual, con relación a cada parámetro, teniendo en cuenta que la parte superior representa lo positivo del aspecto evaluado, y la inferior lo negativo.
4. ¿Por qué se ubicó en ese lugar?
5. ¿Aspira a ubicarse por encima de donde está?
6. ¿En qué plazo lo lograría?
 - Corto plazo.
 - Mediano plazo.
 - Largo plazo.
 - Nunca.
7. ¿Qué hace en función de lograrlo?
8. No estar ubicado en estos momentos en la parte superior, lo hace sentir:
 - Muy mal.
 - Mal.
 - Regular.
 - Indiferente.
9. ¿Cómo concibe a una persona con problemas de salud o enfermedad, sin que se afecte su calidad de vida?

PERFIL 2
ADAPTACIÓN DEMBO – RUBINSTEIN PARA CALIDAD VIDA PERCIBIDA
VIVENCIADA

PARÁMETRO	CATEGORIAS DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA VIVENCIADA			
	BUENA	ACEPTABLE	POBRE	MALA
CALIDAD DE VIDA PESRONAL				
CALIDAD DE VIDA FAMILIAR				
CALIADAD DE VIDA LABORAL				
CALIDAD DE VIDA SOCIAL				
CALIDAD DE VIDA GLOBAL				
SALUD				
FELICIDAD				
ASPIRACIONES EN LA VIDA				
Diagnóstico Final				

CONFORME: SI___ NO___

ANEXO 6 ESCALA VALORATIVA PARA LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA VIVENCIADA

En la siguiente escala quisiéramos que usted nos refleje el grado de satisfacción que experimente en aspectos particulares de su vida, su criterio valorativo reflejará cómo son sus condiciones actuales de vida y cómo se siente respecto a ellas, así como el nivel de alcance de lo que se ha planteado y la expectativa o esperanza real de alcanzar las que desea aún y no están logradas.

Sólo tiene que colocar una cruz en el lugar que usted considera se encuentra ajustándose a responder en el marco estrecho que se le señala y siendo absolutamente sincero con usted mismo.

Muchas gracias.

Status-Rol	Contexto personal	Contexto familiar	Contexto laboral	Contexto social
a) Lo que soy y hago actualmente me hace sentir:	<input type="checkbox"/> Muy Satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Poco Satisfecho <input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> I
b) Lo que realmente aspiraba a ser lo	En lo personal <input type="checkbox"/> Alcanzado <input type="checkbox"/> Casi Alcanzado <input type="checkbox"/> Poco Alcanzado <input type="checkbox"/> No Alcanzado	En lo familiar <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	En lo laboral <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	En lo social <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
c) Lo que he aspirado a ser y no he logrado considero poderlo alcanzar a:	En lo personal <input type="checkbox"/> Corto Plazo <input type="checkbox"/> Mediano Plazo <input type="checkbox"/> Largo Plazo <input type="checkbox"/> Nunca	En lo familiar <input type="checkbox"/> C P <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> L P <input type="checkbox"/> N	En lo laboral <input type="checkbox"/> C P <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> L P <input type="checkbox"/> N	En lo social <input type="checkbox"/> C P <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> L P <input type="checkbox"/> N
d) De no poder alcanzar las cosas a las que he aspirado quedándome igual, me sentiría:	En lo Personal <input type="checkbox"/> Muy Mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Igual	En lo familiar <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I	En lo laboral <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I	En lo social <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I

Bienes y objetos materiales de valor que considera esenciales.

	Personales	Familiares	Laborales	Sociales
a) Lo que he podido alcanzar en cuanto a bienes materiales necesarios me hace sentir:	<input type="checkbox"/> Muy Satisfecho	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> MS
	<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S
	<input type="checkbox"/> Poco Satisfecho	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> PS
	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I

Sociales

	Personales	Familiares	Laborales
b) Los que realmente aspiraba a tener de estos considero que están:	<input type="checkbox"/> Alcanzados	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A
	<input type="checkbox"/> Casi Alcanzado	<input type="checkbox"/> C A	<input type="checkbox"/> C A
	<input type="checkbox"/> Poco Alcanzad	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> P A
	<input type="checkbox"/> No Alcanzados	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> NA

	Personales	Familiares	Laborales	Sociales
c) Los que aspiraba a tener y no lo he alcanzado creo poderlos obtener a:	<input type="checkbox"/> Corto Plazo	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CP
	<input type="checkbox"/> Mediano Plazo	<input type="checkbox"/> M P	<input type="checkbox"/> M P	<input type="checkbox"/> M P
	<input type="checkbox"/> Largo Plazo	<input type="checkbox"/> LP	<input type="checkbox"/> LP	<input type="checkbox"/> LP
	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N

	Personales	Familiares	Laborales	Sociales
d) De no poder alcanzar lo que me falta y aspiro en relación a objetos materiales que considero esenciales quedándome igual me haría sentir:	<input type="checkbox"/> Muy Mal	<input type="checkbox"/> MM	<input type="checkbox"/> MM	<input type="checkbox"/> MM
	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> R
	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I

Vínculos y lazos Afectivos.

	Con los más Íntimos	Con sus familiares	Con sus comp. De Trabajo	Con sus amigos y vecinos
a) Como actualmente	<input type="checkbox"/> Muy	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> MS

se desarrollan las relaciones y vínculos afectivos con las personas significativas para mí me permite sentirme:

Satisfecho			
<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S
<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> PS
Satisfecho			
<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I

	Con los más Íntimos	Con sus familiares	Con sus comp. De Trabajo	Con sus amigos y vecinos
b) Como realmente	<input type="checkbox"/> Alcanzados	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> A
Aspiro a que se	<input type="checkbox"/> Casi	<input type="checkbox"/> C A	<input type="checkbox"/> C A	<input type="checkbox"/> C A
Desarrollen estas	Alcanzadas			
Relaciones afectivas	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> PA
Considero están:	Alcanzadas			
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> NA
	Alcanzadas			

	Con los más Íntimos	Con sus familiares	Con sus comp. De Trabajo	Con sus amigos y vecinos
c) Lo que no he	<input type="checkbox"/> Corto	<input type="checkbox"/> C P	<input type="checkbox"/> C P	<input type="checkbox"/> C P
logrado y	Plazo			
quisiera alcanzar	<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> MP	<input type="checkbox"/> MP	<input type="checkbox"/> MP
en las relaciones	Plazo			
con las personas	<input type="checkbox"/> Largo	<input type="checkbox"/> L P	<input type="checkbox"/> L P	<input type="checkbox"/> L P
significativas para	Plazo			
mí creo poderlo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N
alcanzar a:				

	Con los más Íntimos	Con sus familiares	Con sus comp. De Trabajo	Con sus amigos y vecinos
d) No poder lograr	<input type="checkbox"/> Muy	<input type="checkbox"/> MM	<input type="checkbox"/> MM	<input type="checkbox"/> MM
en mis vínculos	Mal			
afectivos	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M
interpersonales	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> R
aquello que aspiro	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> I
quedándose como				
está me haría				
sentir:				

Contexto Enfermedad

Con relación a la enfermedad o trastorno físico o psíquico que presenta responda:

- | | I | II | III | IV | V | VI |
|--|--|--|---|---|---|--|
| a) Padecerla le hace sentir actualmente | Con el tratamiento médico impuesto se siente: | Con la evolución que tiene se siente de ella: | Con el procedimiento de investigación diagnóstica utilizado en su caso se siente | Con la relación médico-paciente que ha establecido se siente: | Con la rehabilitación o recuperación se siente: | |
| <input type="checkbox"/> Muy mal | <input type="checkbox"/> Muy Satisfecho | <input type="checkbox"/> Muy Satisfecho | <input type="checkbox"/> Muy Satisfecho | <input type="checkbox"/> Muy Satisfecho | <input type="checkbox"/> Muy Satisfecho | <input type="checkbox"/> Muy Satisfecho |
| <input type="checkbox"/> Mal | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho | <input type="checkbox"/> Satisfecho |
| <input type="checkbox"/> Igual (lo acepto) | <input type="checkbox"/> Poco Satisfecho | <input type="checkbox"/> Poco Satisfecho | <input type="checkbox"/> Poco Satisfecho | <input type="checkbox"/> Poco Satisfecho | <input type="checkbox"/> Poco Satisfecho | <input type="checkbox"/> Poco Satisfecho |
| | <input type="checkbox"/> Insatisfecho | <input type="checkbox"/> Insatisfecho | <input type="checkbox"/> Insatisfecho | <input type="checkbox"/> Insatisfecho | <input type="checkbox"/> Insatisfecho | <input type="checkbox"/> Insatisfecho |
| b) Lo que aspira a controlar de Su enfermedad | Lo que aspira a lograr con el tratamiento médico impuesto para su padecimiento lo considera: | La evolución que aspiraba tener de su enfermedad lo considera: | Lo que aspiraba a que se realizara en cuanto a el diagnóstico para esclarecer su padecimiento lo considera: | Como aspiraba se desarrollen sus relaciones médico-paciente las considera: | Lo que aspiraba lograr con la rehabilitación lo considera: | |
| <input type="checkbox"/> Alcanzado | <input type="checkbox"/> Alcanzado | <input type="checkbox"/> Alcanzada | <input type="checkbox"/> Alcanzado | <input type="checkbox"/> Alcanzadas | <input type="checkbox"/> Alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> Casi Alcanzado | <input type="checkbox"/> Casi Alcanzado | <input type="checkbox"/> Casi Alcanzada | <input type="checkbox"/> Casi Alcanzado | <input type="checkbox"/> Casi Alcanzadas | <input type="checkbox"/> Casi Alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> Poco Alcanzado | <input type="checkbox"/> Poco Alcanzado | <input type="checkbox"/> Poco Alcanzada | <input type="checkbox"/> Poco Alcanzado | <input type="checkbox"/> Poco Alcanzadas | <input type="checkbox"/> Poco Alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> No Alcanzado | <input type="checkbox"/> No Alcanzado | <input type="checkbox"/> No Alcanzada | <input type="checkbox"/> No Alcanzado | <input type="checkbox"/> No Alcanzadas | <input type="checkbox"/> No Alcanzado | |
| | <input type="checkbox"/> No Alcanzado | <input type="checkbox"/> No Alcanzada | <input type="checkbox"/> No Alcanzado | <input type="checkbox"/> No Alcanzadas | <input type="checkbox"/> No Alcanzado | |
| | <input type="checkbox"/> No Alcanzado | <input type="checkbox"/> No Alcanzada | <input type="checkbox"/> No Alcanzado | <input type="checkbox"/> No Alcanzadas | <input type="checkbox"/> No Alcanzado | |
| c) Lo que no ha logrado en relación al control de su enfermedad espera poderlo alcanzar a: | Lo que aspiraba y no ha alcanzado con el tratamiento espera lograrlo a: | La evolución que aspiraba y aun no ha tenido de su enfermedad espera alcanzarla a: | Lo que aspiraba y no se ha logrado en su investigación diagnóstica espera que se logre a: | Como quiere y no ha logrado que sean las relaciones médico-paciente espera alcanzarlas a: | Cree que lo que necesita y no ha logrado en su rehabilitación puede alcanzarlo a: | |
| <input type="checkbox"/> Corto Plazo | <input type="checkbox"/> Corto Plazo | <input type="checkbox"/> Corto Plazo | <input type="checkbox"/> Corto Plazo | <input type="checkbox"/> Corto Plazo | <input type="checkbox"/> Corto Plazo | |
| <input type="checkbox"/> Mediano Plazo | <input type="checkbox"/> Mediano Plazo | <input type="checkbox"/> Mediano Plazo | <input type="checkbox"/> Mediano Plazo | <input type="checkbox"/> Mediano Plazo | <input type="checkbox"/> Mediano Plazo | |
| <input type="checkbox"/> Largo Plazo | <input type="checkbox"/> Largo Plazo | <input type="checkbox"/> Largo Plazo | <input type="checkbox"/> Largo Plazo | <input type="checkbox"/> Largo Plazo | <input type="checkbox"/> Largo Plazo | |
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | |
| | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | |
| d) No poder alcanzar lo que aspira y espera en el control de su enfermedad que- | No poder alcanzar lo que aspira y espera del tratamiento médico quedándose como ahora | No poder alcanzar lo que aspira y espera de la evolución de su enfermedad que- | No poder alcanzar lo que aspira y espera de la investigación diagnóstica de su | No poder alcanzar lo que aspira y espera de las relaciones médico-paciente que- | No poder alcanzar lo que aspira y espera de la rehabilitación quedándose como ahora | |

dándose como está le haría sentir:	se como está le haría sentir:	dándose como está le haría sentir:	padecimiento quedándose como está le haría sentir:	dándose como están le harían	le haría sentir:
<input type="checkbox"/> Muy mal	<input type="checkbox"/> Muy mal	<input type="checkbox"/> Muy Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal	<input type="checkbox"/> Muy mal	<input type="checkbox"/> Muy Mal
<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Mal
<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Igual
(lo aceptaría)	(lo aceptaría)	(lo aceptaría)	(lo aceptaría)	(lo aceptaría)	(lo aceptaría)
			<input type="checkbox"/> Regular		
			<input type="checkbox"/> Igual		
			(lo aceptaría)		

Status y funciones: Posición y lugar ocupado por el sujeto evaluado en cada uno de los contextos de la vida estudiados, que incluye las actividades que desempeña en ellos.

Relaciones personales. Calidad de los vínculos afectivos, el trato y la comunicación que se establece entre las personas en los contextos estudiados.

Condiciones materiales. Pertenencias y objetos de valor que tiene el individuo considerados como esenciales para la satisfacción de cada persona en los contextos evaluados.

PERFIL 3
ESCALA VALORATIVA DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA VIVENCIADA

CONTEXTOS	CATEGORIAS DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA VIVENCIADA			
	BUENA	ACEPTABLE	POBRE	MALA
PERSONAL				
FAMILIAR				
LABORAL				
SOCIAL				
ENFERMEDAD				
FINAL				

CONFORME: SI ___ NO ___

ANEXO 7 LISTADO SOBRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO. CATEGORÍAS TOMADAS DEL CUESTIONARIO DE A. FONT (1990)

Estilos de Afrontamiento Activos

- Buscar información
- Buscar ayuda
- Solucionar el problema uno mismo
- Ir al médico
- Distraerse
- Disfrutar con los aspectos positivos
- Prepararse para cosas peores

Estilos de Afrontamiento Pasivos

- Resignarse
- Mantener la esperanza
- Sentirse culpable
- No pensar en ello
- Hablar de ello
- Buscar explicación en el pasado
- Pensar que ya pasó

ANEXO 8 ALGUNOS ARGUMENTOS UTILIZADOS PARA EXPLICAR PARADOJAS EN ESTUDIOS DE CALIDAD DE VIDA, VINCULADAS A LOS PROBLEMAS DE SALUD

"La principal señal que indica la necesidad de un análisis metodológico del sistema de conocimientos es el surgimiento de diferentes paradojas, de las cuales la central es la contradicción entre las posiciones teóricas y los datos empíricos obtenidos". (Yudín, citado por Marta Shuare, 1990:14)

- 1- La teoría del nivel de adaptación de Helson y Bevan (1967) citado por De Haes y Van Knipperberg en 1987. En ella se plantea que el nivel de adaptación cambia a medida que se incorporan nuevos estímulos. Según el nivel de adaptación que logre cada individuo ante las diferentes experiencias de la vida (incluyendo la enfermedad), así valora su calidad de vida.
- 2- Se valora la posibilidad de variabilidad y cambio ante el punto de referencia objeto de valoración (teorías cognitivas que se han elaborado y que abordan la adaptación al cáncer como tema estudiado) Dentro de estas teorías se destacan las de las psicólogas norteamericanas J. Taylor y L. Aspinwall.
- 3- Reducción del nivel de aspiraciones ante problemas de salud (Calman 1984) Esto permite no sentir insatisfacción con la situación actual y, por ende, una valoración de calidad de vida más positiva. Utilizando palabras del autor, se dice que el hiato entre las aspiraciones y la realidad disminuye y por ello la percepción del vivir adquiere un nuevo significado.
- 4- Se hace referencia a un fenómeno que ocurre tras la información y tratamiento de una enfermedad (se cita el cáncer): se produce un reordenamiento de prioridades y, en algunos casos, hasta un cambio positivo en su vida (Ferrero, 1993; Styra, Sakinsofisk y Mahoney; Colapinto y Cunie 1988) "(...) se valora mucho más la vida y se trata de sacar mayor partido de ella ". Se decide poner todo por detrás de sí mismos, y a veces la enfermedad les ocasiona aspectos positivos o les ha beneficiado en algo o en algún sentido.
- 5- Taylor (1983) con la denominada "Búsqueda de Significado" planteaba que la necesidad de dar un significado nuevo a una situación nueva, podía reflejarse en un cambio de prioridades, lo que se asocia a un mayor ajuste psicológico. La experiencia en estudios de pacientes con cáncer de mama, referidos por la autora, refleja que los pacientes dicen que se producen cambios en la importancia atribuida a las dimensiones, así se produce una traslocación de prioridades: se disminuyen las preocupaciones acerca de las tareas de la casa, las peleas sin importancia, la implicación en problemas de otras personas y se concede una mayor importancia a las relaciones de pareja y familia, a las interacciones con amigos, a la realización de proyectos personales y al disfrute de la vida en general.
- 6- Se hace alusión, además, al efecto y a la compensación que puede lograrse ante experiencias positivas, de esta forma ellas compensan en mayor o menor medida lo relativo a experiencias negativas, por lo que estas últimas se ven atenuadas en la calidad de vida como consecuencia de la enfermedad.
- 7- De Haes, Pennik y Welvart valoran, además, la participación del componente afectivo y cognitivo en la valoración de calidad de vida; siendo ellos, en alguna medida variables que inciden sobre el bienestar.

Así, por ejemplo, se cita que el componente afectivo es muy sensible a las circunstancias externas y puede variar dramáticamente; sin embargo, el componente cognitivo es más estable, e.g. si se produce una resignación en un paciente, su calidad de vida puede ser valorada positivamente. En esta dirección se pueden obtener respuestas tales como: "será lo que dios quiera", "he tenido una buena vida", "pase lo que pase no me puedo quejar". Una importante forma de resignación es aquella en la que interviene la fe religiosa (Gatay,1984). Él plantea que la fe religiosa y la oración son modos de afrontamiento relativamente frecuentes en pacientes (por ejemplo con cáncer), sobre todo en un estadio avanzado.

- 8- Se citan, además, otros tipos de ajustes denominados "fatalismo" o "aceptación estoica". (Moorey y Gree 1977). En ellos, los pacientes reconocen su diagnóstico, no buscan información, y continúan con una vida normal sin excesiva preocupación por la enfermedad; lo que, en nuestra opinión, puede ser extendido a otras experiencias de vida. Se plantea, inclusive, que en estudios empíricos realizados esta aceptación estoica puede ir creciendo con el tiempo (53% a los tres meses, 67% a los doce meses y 71% a los veinticuatro meses). Según otro autor (Campbell), esto es una actitud que se observa en un número considerable de pacientes.
- 9- La calidad de vida es mejorable y se intenta promocionar productos, tecnologías, estilos de vida, etc. para vivir mejor. Se expresa entonces, que el hiato entre las aspiraciones y la realidad es considerablemente marcado y no se nos proponen "medios" para reducirlo (teorías consumistas), por ello se plantea que pueden encontrarse puntuaciones menores de calidad de vida en algunos sectores de la población general en relación con poblaciones de pacientes.
- 10- Weissman (1979) en cuanto a la participación del proceso cognitivo de la negación plantea que: "La negación supone la revisión o reinterpretación de una parte dolorosa evitando lo que puede resultar amenazante, y aferrándose a la imagen de la realidad previa". Este autor distingue diferentes grados de negación:
 - a)- Negación de primer orden o repudiación del diagnóstico (negar el diagnóstico o el estar enfermo)
 - b)- Negación de segundo orden o disociación del diagnóstico (negación de las implicaciones del diagnóstico y/o manifestaciones secundarias)
 - c)- Negación de tercer orden o rechazo al deterioro (negación del deterioro y del declinar físico).Ferrero (1993) defiende que la presencia o ausencia de negación no es una cuestión dicotómica, sino más bien como un continuo. Se plantea que si bien no se describe prevalencia de algún tipo o grado de negación en pacientes con enfermedades graves (cáncer), sí se constata que resulta frecuente la presencia de algún grado de ella en población oncológica. (Murris, Greer y White [1977]; Styra, et al. [1988]; Gotay [1984]; Barreto Ferrero, Toledo y Martínez, [1997] y Ferrero, Barreto y Toledo, [1995])
- 11- Otra cuestión es la referida por Taylor (1983), Taylor, Lichtman y Wood (1984), con respecto a las comparaciones que hacen algunos pacientes (cáncer de mama), con otros enfermos a través de dimensiones que les permitieran salir beneficiados en ésta, y esto parece tener un carácter adaptativo.

Según la autora de la presente investigación, se dan dos tipos de comparaciones sociales, y en este proceso resulta importante saber con quién se comparan y la dimensión sobre la que cae la comparación, para seleccionar aquella en la que se presentan ventajas. Por ejemplo: la cirugía conservadora se ve en ventaja sobre la mastectomía por conservar el pecho. En esta situación, la paciente mastectomizada siente que se ha extirpado con mayor seguridad la malignidad, la anciana entiende que la pérdida de su pecho carece de importancia y se compadece de las pacientes más jóvenes, la joven casada compadece a la soltera, las que están peor físicamente se comparan con las que estaban muriendo o presentan más síntomas.

El otro tipo de comparación es con pacientes que afrontan la enfermedad de forma muy positiva. Así, prácticamente todos los pacientes pensaban que estaban afrontando el cáncer igual o mejor que otras mujeres con el mismo problema.

En el primer tipo de comparación social, con pacientes "cuya condición es peor", contrarresta la autoevaluación y baja autoestima debido a la enfermedad; en el segundo caso, la comparación con modelos que afrontan la enfermedad de forma adaptativa cumple una función instructiva. Por ello se dice que la función que tiene cada tipo de comparación es distinta. De este modo, el criterio para evaluar la calidad de vida global estará influido por estas comparaciones.

- 12- Otro elemento a tener en cuenta es el efecto posible de la "deseabilidad social" sobre las respuestas que se den y su relación a calidad de vida.
- 13- Existen otros argumentos que hemos encontrado en una búsqueda computarizada del tema, como expresión de los actuales alcances y la continua profundización de sus estudios en el ámbito internacional, y, a pesar de no estar vinculados con nuestro estudio, resulta útil plasmarlos como referencia actualizada del quehacer científico investigativo en la temática. En esta dirección se expresan ideas y se recogen investigaciones sobre:
 - Estudios acerca del efecto de algunos medicamentos en la percepción de la calidad de vida de los pacientes. (Agrawal- Madhu y Goel Punan, 1995).
 - Artículos y publicaciones que tratan de demostrar y hacen énfasis en que, para potenciar la calidad de vida, hay que preservar la salud del cerebro, incrementando su desarrollo a través de la práctica de ejercicios y de la acumulación de un gran número de diversas experiencias. (McDonald, 1996).
 - Concepciones que defienden que existen determinadas sustancias químicas en el individuo que son las que influyen en que las personas perciban su calidad de vida de una u otra forma y que aunque "no sea posible" (según los autores) conocer la medida de la estimación individual de la calidad de vida, sí pueden conocerse y medirse los niveles de los componentes químicos, en la base de los cuales el individuo realiza tal estimación.

ANEXO 9 SISTEMA DE CÓDIGOS Y ABREVIATURAS UTILIZADOS EN LA TAREA DE ANÁLISIS Y REDUCCIÓN DE DATOS

Para los niveles de calidad de vida se determinan:

Categorías Valorativas de CVPV

	Abreviatura	Código Numérico
Bueno	B	4
Aceptable	A	3
Pobre	P	2
Mala	M	1

UNIDADES DE ANÁLISIS

Expectativas de Logros

Corto Plazo	CP	4
Mediano Plazo	MP	3
Largo Plazo	LP	2
Nunca	N	1

Aspiraciones

Alcanzadas	AI	4
Casi Alcanzadas	CA	3
Poco Alcanzadas	PA	2
No Alcanzadas	NA	1

Satisfacción con el Nivel de Logros

Muy Satisfecho	MS	4
Satisfecho	S	3
Poco satisfecho	PS	2
Insatisfecho	I	1

Vivencias psíquicas actuales

Vivencias Muy Positivas	VMP	4
Vivencias Positivas	VP	3
Vivencias Negativas	VN	2
Vivencias Muy Negativas	VMN	1

Autovaloración

Adecuada	AA	4
Inadecuada por exceso	IE	3
Inadecuada por defecto	AF	2
Fluctuante	ID	1

Estilos de afrontamiento

Activo Controlado	Ac	4
Pasivo Controlado	Pc	3
Activo Descontrolado	Asc	2
Pasivo Descontrolado	Psc	1

Tono Afectivo General

Predominio Muy Positivo	TMP	4
Predominio Positivo	TP	3
Predominio Negativo	TN	2

Predominio Muy Negativo	TN	1
-------------------------	----	---

Estados Psicopatológicos

Ausente	PA	3
Presente Compensada	PPC	2
Presente Descompensada	PDC	1

Relaciones Emocionales

Muy Positivas	RMP	4
Positivas	RP	3
Negativas	RN	2
Muy Negativas	RMN	1

Estado de salud

Ausencia de Enfermedad	AE	3
Enfermedad Controlada	EC	2
Enfermedad Descontrolada	ED	1

VARIABLES CONTEXTOS DE VIDA

Familia, Laboral, Personal, Social y Salud, se analizan bajo la integración en los niveles en que diagnostican, asumiendo las abreviaturas y códigos numéricos que se asignan a estos, es decir,

CV Familiar Buena	CVFB	4
CV Familiar Aceptable	CVFA	3
CV Familiar Pobre	CVFP	2
CV Familiar Mala	CVFM	1

Las frases o abreviaturas que posibilitan su selección, se muestran en los instrumentos utilizados y para elaborar las tablas resúmenes.

Anexo 10 Base de Datos

Casos	CVPV	Est. Afrot.	Tono	Vivenc.	Autov	Lazos emoc.	Asp.	Logros	Expect	Est. Psic	Contex Person	Con Lab.	C. Fliar	C. Soc	C. Salud
1	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	2
2	4	4	3	3	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	3
3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3	3
4	4	4	3	3	4	2	3	3	4	3	3	4	3	2	2
5	4	2	3	2	3	2	3	3	3	3	4	3	4	2	3
6	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	2	2
7	4	3	3	3	4	2	4	3	4	3	4	2	4	3	2
8	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	1
9	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3
10	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	2	3
11	4	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	2	4	4	2
12	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	2	3
13	4	4	4	2	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3
14	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3
15	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3
16	3	4	3	3	4	2	4	3	3	3	3	4	3	3	3
17	3	4	4	3	4	2	4	4	4	3	3	2	3	3	3
18	3	3	3	2	4	3	4	3	3	3	4	3	3	1	3
19	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3
20	3	4	4	3	3	2	4	3	3	3	3	4	3	3	3
21	3	4	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	2	3	3
22	3	4	3	2	4	3	4	3	3	3	3	3	4	1	2
23	3	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	2	3	3	3
24	3	4	2	2	4	2	3	3	3	3	2	3	3	3	1
25	3	2	3	3	3	2	4	3	4	3	2	3	3	2	3
26	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	2	2	1	3
27	3	3	3	2	4	2	4	3	4	3	3	3	3	2	1
28	3	4	3	3	4	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3
29	3	2	3	3	4	2	4	3	3	3	3	2	4	3	3
30	3	4	3	2	4	2	3	3	4	3	4	2	3	2	3
31	3	2	3	3	4	2	3	3	4	3	4	3	3	3	3
32	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2
33	3	2	3	3	4	2	3	3	2	3	3	3	2	3	1
34	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3
35	3	2	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3
36	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3
37	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	4	3	3	2
38	3	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	1
39	3	2	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2
40	3	1	3	2	3	3	2	3	1	3	3	2	3	3	2
41	3	2	3	3	2	2	3	3	4	3	3	2	3	3	3
42	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
43	3	1	2	2	2	2	3	3	4	3	3	3	3	2	3
44	3	1	3	3	2	3	3	3	4	3	2	3	2	3	3

45	3	1	2	2	4	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3
46	3	1	2	3	4	3	2	3	3	3	3	3	4	3	2
47	3	1	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
48	3	1	2	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2
49	3	1	3	3	4	3	3	3	3	3	4	2	4	3	3
50	3	1	3	2	4	3	3	3	3	3	2	3	4	2	2
51	3	1	3	3	4	3	3	3	3	3	2	4	3	2	3
52	3	1	3	3	4	2	2	3	3	3	2	3	4	3	3
53	3	1	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1
54	3	4	2	2	4	3	3	3	2	3	3	3	2	4	3
55	3	4	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	4	3	3
56	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	2	2
57	3	4	4	2	3	2	3	3	3	3	2	4	4	1	3
58	3	4	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	2	2
59	3	3	4	2	4	3	3	3	4	3	2	2	3	3	3
60	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	2	3	2	2
61	3	4	3	3	4	2	3	3	4	3	3	4	3	1	3
62	3	4	3	2	4	3	3	3	4	3	2	3	3	2	1
63	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2
64	3	4	4	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3
65	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2
66	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	1
67	3	4	3	2	4	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3
68	3	4	3	2	4	3	3	3	4	2	3	3	3	4	2
69	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3
70	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1
71	3	4	3	3	2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3
72	3	1	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2
73	3	1	2	2	3	2	3	2	2	3	3	1	3	4	2
74	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2
75	3	4	3	2	2	3	3	3	3	2	3	1	3	3	2
76	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2
77	3	1	2	2	4	2	3	2	3	2	2	3	3	3	2
78	3	1	2	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3	4	3
79	3	4	3	2	2	3	3	3	4	2	3	3	2	3	1
80	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	1	3	3
81	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3
82	2	1	2	2	2	3	2	2	2	1	2	3	2	2	3
83	2	1	2	2	4	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3
84	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	2	3	3	2	2
85	2	1	2	2	2	3	3	3	2	1	3	1	2	3	3
86	2	1	2	2	2	2	3	3	2	1	1	3	3	3	1
87	2	1	2	2	4	3	2	3	2	3	3	1	2	3	3
88	2	1	2	2	4	2	2	3	3	1	2	3	4	1	1
89	2	1	2	2	2	3	3	3	2	1	1	2	2	3	3
90	2	1	2	2	4	3	2	3	3	1	3	2	4	2	3
91	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	1	3	3
92	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2

93	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	3	3	2	1
94	2	2	2	2	4	3	2	3	3	1	2	3	3	1	3
94	2	1	2	2	4	2	2	3	3	3	1	2	4	3	3
96	2	1	2	2	4	3	2	3	3	1	3	3	2	2	1
97	2	2	2	2	4	3	2	3	3	1	3	2	3	2	3
98	2	1	2	2	2	2	2	3	3	1	3	3	3	2	3
99	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	3	3
100	1	1	1	2	1	3	2	1	2	1	2	2	1	2	2

ANEXO 11 CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Las investigaciones sobre calidad de vida percibida, son de suma importancia por lo que representan para las personas que desean vivir y disfrutar una vida plena y saludable en cualquier segmento poblacional.

El propósito del estudio que se realiza es aportar datos y conocimientos acerca de los factores psicológicos que participan en la valoración personal de la calidad de vida que permitan comprender cómo se sienten y valoran la calidad de la existencia, personas que residen en el área de salud correspondiente al policlínico Armando García en el municipio Santiago de Cuba, de manera tal que los resultados de la investigación puedan reportar beneficios para mejorar la comprensión de las referencias valorativas de la calidad de vida individual y lograr con ello intervenciones en salud dirigidas a mejorar la percepción y vivencia de la existencia que favorezcan una visión positiva de calidad de vida de las personas que residen en el territorio seleccionado, y contribuir al disfrute y desarrollo de una vida satisfactoria.

El presente documento de consentimiento informado, entregado por uno de los investigadores del proyecto titulado "Determinantes psicológicos de la calidad de vida", previa consulta oral, es parte del protocolo de investigación que ha sido aprobado por el Comité de Ética correspondiente.

Yo _____ ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para responder los instrumentos del estudio que se realiza.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. También se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, no serán divulgados ni publicados, ni mi identidad, ni los detalles personales.

Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para esto y sin que afecte las relaciones con el equipo de investigación, por lo que tendré derecho a continuar recibiendo la atención médica establecida, aún si me niego a participar en el estudio.

Para que así conste firmo el presente consentimiento a los _____ días del mes _____ de 200__

Firma

ANEXO 12 TABLA COMPARATIVA DE LA VARIABLE DETERMINANTES PSICOLÓGICOS DE LA VALORACIÓN Y LAS CATEGORÍAS DE CVPV

VARIABLE PSICOLÓGICA INDICADORES PSICOLÓGICOS		CATEGORÍAS DE CVPV %				
		BUENA	ACEPTABLE	POBRE	MALA	
TONO AFECTIVO	MUY POSITIVO		15	9	0	0
	POSITIVO		85	72	0	0
	NEGATIVO		0	18	100	0
	MUY NEGATIVO		0	1	0	100
ESTILO DE AFRONTAMIENTO	ACTIVO	CONTROLADO	62	50	0	0
		DESCONTROLADO	15	15	18	0
	PASIVO	CONTROLADO	23	28	0	0
		DESCONTROLADO	0	7	82	100
ESTADOS PSICOPATOLÓGICOS	AUSENCIA		100	91	29	0
	PRESENTE COMPENSADA		0	9	71	0
	PRESENTE DESCOMPENSADA		0	0	0	100
AUTOVALORACIÓN	ADECUADA		85	69	47	0
	FLUCTUANTE		0	9	53	0
	INADECUADA	EXCESO	15	22	0	0
		DEFECTO	0	0	0	100
RELACIONES INTERPERSONALES	MUY POSITIVAS		0	0	0	0
	POSITIVAS		69	62	59	100
	NEGATIVAS		31	38	41	0
	MUY NEGATIVAS		0	0	0	0
EXPECTATIVAS TEMPORALES DE LOGROS	CORTO PLAZO		46	34	0	0
	MEDIANO PLAZO		54	48	65	0
	LARGO PLAZO		0	15	36	100
	NUNCA		0	0	0	0
ASPIRACIONES LOGRADAS	ALCANZADAS		46	22	0	0
	CASI ALCANZADAS		54	69	18	0
	POCO ALCANZADAS		0	9	82	100
	NO ALCANZADAS		0	0	0	0
GRADO DE SATISFACCIÓN CON LO LOGRADO	MUY SATISFECHO		0	2	0	50
	SATISFECHO		100	88	0	0
	POCO SATISFECHO		0	10	100	0
	INSATISFECHO		0	0	0	50
VIVENCIAS PSIQUÍCAS ACTUALES	MUY POSITIVAS		0	0	0	0
	POSITIVAS		85	63	6	0
	NEGATIVAS		15	37	94	100
	MUY NEGATIVAS		0	0	0	0

