

T
540

91364 91364



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCION A LA SALUD
MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

**DEPRESION EXOGENA Y CALIDAD DE VIDA:
UN ESTUDIO EXPLORATORIO**

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL
P R E S E N T A :
MARIA DEL SOCORRO AMEZCUA CAMARILLO

DIRECTORA DE TESIS: MARIA DEL CONSUELO CHAPELA MENDOZA

DICIEMBRE 2005

A Ernesto, Ale y Sandra
por su comprensión, apoyo
y tolerancia.

A mis padres que siempre
me han brindado su apoyo
y confianza.

A Oli por creer y apoyarme.

Al maestro Luis Hernández Ortiz
por su ayuda.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Introducción.....	6
Objetivos.....	9

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

DETERMINANTES SOCIALES.....	15
Condiciones de vida.....	18
Procesos protectores y procesos destructivos.....	19
 CALIDAD DE VIDA.....	 20
'Calidad'.....	21
'Vida'.....	22
'Calidad de vida'.....	23
La propuesta de 'calidad de vida' de Blanco, López y Rivera.....	27
La propuesta de necesidades humanas fundamentales de Max-Neff y la calidad de vida.....	29
 DEPRESIÓN.....	 31
Antecedentes.....	32
Clasificación de la depresión.....	34
Depresión exógena.....	36
Evaluación de la depresión exógena.....	38

CAPÍTULO II MÉTODO

MÉTODO.....	41
PRIMER MOMENTO. BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE CUESTIONARIOS QUE MIDEN DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA.....	42
Cuestionarios que miden depresión.....	42
Cuestionarios que miden calidad de vida.....	45
Elaboración del 'Cuestionario combinado'.....	47
SEGUNDO MOMENTO. IDENTIFICACIÓN DE INFORMANTES.....	47
Búsqueda de grupos.....	47
Aplicación del 'cuestionario combinado'.....	48
Selección de informantes.....	49
TERCER MOMENTO. APLICACIÓN DE ENTREVISTA.....	50
Preparación.....	50
Capacitación.....	50
Concertación de citas.....	51
Aplicación de entrevistas.....	52
Partes en que se desarrollo las entrevistas.....	52
CUARTO MOMENTO. CONSTRUCCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS..	54
Preparación de la información.....	54
Niveles 1 y 2 de análisis.....	54
Niveles 3 y 4 de análisis.....	55
PRESENTACION DE LAS INFORMANTES.....	57
Contexto.....	57
'Irma'.....	57
'Adela'.....	58

'Margarita'.....	59
'Silvia'.....	60

CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	63
Primera proposición.....	63
Segunda proposición.....	66
Tercera proposición.....	68
Cuarta proposición.....	69
Quinta proposición.....	71
Sexta proposición.....	75
Séptima proposición.....	76
Octava proposición.....	77

CONCLUSIONES

Conclusiones.....	80
-------------------	----

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía.....	85
Tabla 1. Algunos autores y conceptos sobre calidad de vida.....	24
Tabla 2. Instrumentos revisados y algunas de sus características.....	43

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D.....	91
---	----

Anexo 2. Cuestionario modificado de Calidad de Vida de Blanco, López y Rivera.....	92
Anexo 3. Cuestionario combinado.....	95

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se presenta para obtener el grado de Maestría en Medicina Social y se refiere a la búsqueda de maneras de evaluar la depresión exógena más allá de sólo de mirar su sintomatología. Partimos de tres premisas principales: que la depresión exógena está socialmente determinada; que la calidad de vida es un componente principal de esta determinación y que la depresión exógena y la calidad de vida tienen componentes objetivos y subjetivos.

El interés por estudiar este aspecto de la depresión exógena surge de reflexiones teóricas y prácticas desde la formación psicológica de la autora y de la confrontación de la depresión exógena con las categorías de la Medicina Social. Estas reflexiones condujeron a plantear el problema de investigación como se expone enseguida.

En el momento histórico actual la desigualdad e inequidad a la que está expuesta la mayoría de la población es producto de la expansión a escala mundial del neoliberalismo (Breilh 2003, De la Garza 1994, Laurell 1992). La acción del neoliberalismo ha generado en el momento actual una serie de problemas sociales que se reflejan en la disminución de las condiciones materiales y en la calidad de vida de la gente (Blanco et.al 2000, López y Blanco 1993). La desigualdad general 'situaciones de diferenciación social en donde existen grupos de población que reciben, se apropian y/o tienen acceso diferenciado a los satisfactores que genera una sociedad en particular' (Blanco et.al. 1997: 154). La contradicción generada por las situaciones diferenciadas entre las necesidades básicas de las personas y las posibilidades para obtener los satisfactores para cubrirlas, lleva al incremento y generación de procesos destructores¹ que originan una mayor polaridad en la distribución, generación, incremento reparación y atención de enfermedades entre quienes tienen acceso a los satisfactores y quienes no los tienen (Doyal y Gough 1994).

¹En el marco teórico se hablará sobre los procesos protectores y destructores que menciona Breilh

Entre las enfermedades que han incrementado su presencia en el contexto neoliberal y alcanzado notoriedad por sus repercusiones económicas y sociales, se encuentra la depresión. Calderón (2001) menciona que expertos internacionales estiman que de la población total del mundo, entre un 3 y 5 % presentan depresión, es decir, que entre 100 y 200 millones de seres humanos la padecen. Gross (2004) por su lado menciona un estimado mundial de 340 millones de personas con depresión, haciéndolo uno de los trastornos mentales más común y que puede iniciarse en cualquier momento de la vida.

En México dicho incremento muestra que la depresión se ha convertido en un problema de salud pública debido a que: se han incrementado los casos (Gross 2004, Calderón 2001); se puede presentar en cualquier momento de la vida (MacKinnon y Michaels 1973); implica costos laborales, sociales y familiares tanto para quienes presentan esta condición, como para quienes lo rodean²; ocupa el quinto lugar en el país como carga de enfermedad (Frenk y col. Cit en Borges et.al. 2003) y se encuentra dentro de los cuatro trastornos neuropsiquiátricos más discapacitantes (Frenk y col. Cit en Medina-Mora et.al. 2003).

Frenk estima que en el país habrá un incremento de personas con estos trastornos 'debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población entre otros factores' (Medina-Mora et.al. 2003:3).

Para poder entender el fenómeno de la depresión es necesario contar con información completa con respecto a sus determinantes biológicas y sociales. La evaluación de la depresión ha arrojado información importante para el entendimiento de este problema a nivel individual y colectivo. Desde que se reconoció a la depresión como una enfermedad mental y se pudieron identificar

² La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada durante el 2001 y el 2002 menciona que la depresión presenta tres auge. El primer auge se presenta alrededor de los 17 años, el segundo alrededor de los 32 años y el tercero alrededor de los 60 años. La presencia de la depresión en el primer auge se da en un momento importante de formación académica y consolidación de la personalidad y en el segundo auge en el momento de mayor productividad laboral, social y familiar (Medina-Mora et. al. 2003)

sus signos y síntomas específicos se hacen intentos por clasificarla e insertarla en las clasificaciones de las enfermedades en general. Con el fin de lograr mejorar la manera de entender y atender esta condición tanto a nivel individual como a través de la salud pública se han desarrollado diversos instrumentos para medirla.

La elaboración de los instrumentos para evaluar la depresión, fue el resultado de un largo proceso de observación, diferenciación y vinculación entre los síntomas, cambios en la conducta y el pensamiento de las personas que padecían dicho trastorno. Desde épocas antiguas (siglo V a.c.) los griegos ya conocían y nombraban con el término "melancolía" a estados comparables con lo que hoy llamamos depresión (Lanczik y Beckmann 1991, Beck 1976). En ese momento los médicos griegos consideraban a la melancolía y a las enfermedades mentales como una expresión clínica de las patologías orgánicas o biológicas. A partir de entonces la delimitación y diferenciación de la depresión por sus signos y síntomas y la búsqueda de las causas que la originan ha girado en torno a las concepciones médicas, en donde la observación de los signos y síntomas ha constituido el elemento clave para su estudio y diagnóstico (Wetzler y Katz en Feighner y Boyer 1991).

Actualmente la clasificación de la depresión sigue dependiendo de las interpretaciones que hace la medicina hegemónica. Desde la óptica médica la clasificación de la depresión a partir de sus causas considera dos tipos: depresión endógena y depresión exógena (Beck 1976). La depresión endógena es aquella provocada por causas orgánicas internas al individuo. La depresión exógena o reactiva es aquella cuya causa primaria es alguna tensión externa por ejemplo la muerte de un ser querido, pérdida del empleo o ruptura con la pareja sentimental que desencadenan 'reacciones' del organismo que se manifiestan con los signos de la depresión (Gross 2004, Beck 1976, MacKinnon y Michels 1973). Tanto en la depresión endógena como en la exógena, el estudio de la génesis se ha centrado en lo individual donde la relación causa-efecto surge y se manifiesta en el individuo y su entorno inmediato, considerando sólo marginalmente algunos

factores sociales y económicos presentes en el círculo social más amplio y en toda la dinámica social.

Si bien la depresión exógena es una reacción desencadenada por fenómenos sociales que suceden en el entorno inmediato del individuo, la detección y tratamiento psiquiátrico y psicológico de esta condición no atiende esos fenómenos desencadenantes. De esta manera, la posibilidad de prevención y resolución de esta condición depresiva se ve limitada.

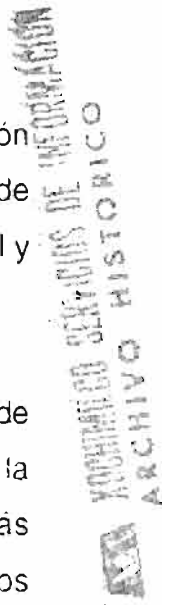
De la argumentación anterior surge mi problema de investigación: en la evaluación de la depresión exógena no se incluyen los aspectos sociales determinantes de esta condición lo que limita las posibilidades de su atención en el ámbito individual y colectivo, su prevención y tratamiento.

La pregunta que orientó esta investigación fue: ¿En qué medida se puede beneficiar el estudio de la depresión exógena del estudio de los componentes de la categoría calidad de vida y su evaluación? De esta pregunta surgieron otras más que permitieron avanzar en la averiguación de la pregunta inicial: ¿Cuáles son los determinantes sociales que están inmersos en la aparición de la depresión exógena?, ¿Cuáles son las definiciones y elementos que conforman la categoría calidad de vida?, ¿Qué relación existe entre la calidad de vida y la aparición de la depresión exógena? ¿Cómo se puede averiguar sobre los aspectos relativos a la depresión exógena y su posible relación con la calidad de vida?

Objetivos

Objetivos generales

Con base en estas preguntas se plantearon los siguientes objetivos generales y particulares para esta investigación. Objetivos generales: Identificar en qué medida los instrumentos de evaluación de depresión actualmente en uso consideran



componentes que permitan evaluar las dimensiones socio-colectivas de la depresión exógena y evaluar en qué medida la incorporación de la evaluación de la calidad de vida en sujetos detectados como depresivos, puede o no aportar pautas para la detección y atención de la depresión exógena a nivel individual y colectivo.

Objetivos particulares

1.- Identificar los instrumentos de detección de la depresión en uso actual y valorar en qué medida contienen componentes que permitan evaluar las dimensiones socio-colectivas de la depresión exógena, 2.- Analizar la categoría calidad de vida para identificar cuáles de sus componentes pueden facilitar el entendimiento, detección y atención de la depresión exógena y 3.- Proponer elementos para evaluar algunos componentes socio-colectivos de la depresión exógena a partir de la averiguación sobre calidad de vida de personas específicas.

Para contestar las preguntas y alcanzar los objetivos, se utilizaron tres categorías que plantea la Medicina Social: los determinantes sociales, las condiciones de vida, la calidad de vida. Para el estudio de estas dos últimas categorías se profundizó en los trabajos del José Blanco, Oliva López y Alberto Rivera, Jaime Breilh y Max-Neff. Estas categorías y autores se eligieron porque plantean y sustentan la relación y determinación entre los procesos socio-colectivos y la salud-enfermedad.

Debido a que se trataba de indagar las visiones que tienen los sujetos sobre su vida y la relación existente entre las condiciones materiales y subjetivas y la depresión exógena, se utilizó una aproximación cualitativa, usando entrevistas cuyo diseño fue variando de informante a informante buscando entre una y otra mejorar la manera de preguntar.

Para seleccionar a los informantes se decidió buscarlos en una universidad pública, por medio de un cuestionario elaborado para dicho fin y que estaba compuesto por la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

CES-D y en el apartado sobre calidad de vida utilizar algunas preguntas planteadas por Blanco, López y Rivera (1997), así como una ficha con los datos personales de los estudiantes y una carta de consentimiento informado.

El análisis de los datos construidos a partir de las entrevistas realizadas, permitió plantear ocho 'proposiciones teóricas' sobre la calidad de vida y la depresión exógena, que pretenden contribuir a su estudio, evaluación y tratamiento.

Este trabajo se presenta en tres capítulos: el marco teórico, el capítulo metodológico y finalmente el capítulo con los resultados y su discusión.

El capítulo I, el marco teórico, presenta en un primer apartado la teoría sobre los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, las condiciones de vida y los procesos protectores y destructivos que sustentan esta investigación. Esta teoría permite tener un punto de partida sobre las causas sociales que originan la aparición de las enfermedades, y a comprender los procesos y relaciones entre las condiciones de vida y la salud-enfermedad. Asimismo, ayuda a entender cómo estas determinantes sociales pueden estar presentes en la aparición de la depresión exógena. En el segundo apartado llamado 'calidad de vida', se presentan algunas consideraciones sobre los conceptos que conforman a la calidad de vida, enseguida se mencionan algunas propuestas y definiciones de varios autores sobre el tema. Después se profundiza en los conceptos sobre la calidad de vida propuesta por Blanco, López y Rivera. Finalmente se describe la propuesta de 'necesidades humanas fundamentales de Max-Neff para completar la visión teórica sobre los componentes colectivos de la calidad de vida. Los temas planteados en este apartado representan para el análisis de la probable relación y vínculo entre las condiciones de vida que tienen los sujetos y la aparición de la depresión exógena.

El tercer apartado de este capítulo, 'depresión' inicia con la presentación de sus antecedentes históricos para dar paso a su clasificación, la definición de la depresión exógena y su evaluación. La información planteada en este apartado

permite tener una visión sobre la relevancia e incremento de la depresión en la sociedad, así como los rasgos más distintivos de este trastorno y sus formas de evaluación, pues esto permitió conocer y definir los caminos para contestar la pregunta central de investigación.

EL capítulo II llamado 'método' presenta y describe los momentos o fases en que se desarrolló esta investigación así como la búsqueda y selección de las informantes. Aquí se detallan los pasos realizados, los avances y cambios realizados durante el proceso de investigación para contestar la pregunta de investigación. Como puede leerse en este capítulo los momentos del método fueron cuatro. En el primero denominado 'Búsqueda y selección de cuestionarios que miden depresión y calidad de vida' se buscaron dichos cuestionarios y se elaboró un 'cuestionario combinado' que se utilizaría en la investigación. En el segundo momento 'identificación de informantes', se buscaron grupos para aplicar el cuestionario combinado, se aplicó el cuestionario combinado, se calificaron los cuestionarios y se seleccionaron los informantes. En el tercer momento 'entrevistas' se prepararon las entrevistas, se concertaron citas y se aplicaron las entrevistas. En el cuarto momento 'construcción de datos', se preparó la información y se construyeron y analizaron los datos.

La selección de las informantes, como se verá más adelante, estaba relacionada con la presencia de depresión exógena y las condiciones materiales de vida. lo que permitiría buscar los aspectos de la calidad de vida inmersos y relacionados con la depresión exógena. Como última parte de este capítulo se presenta a las informantes.

El capítulo III contiene la discusión de los resultados de esta investigación. Primero se muestran los resultados de las entrevistas. Enseguida se hace un análisis de los resultados planteándolos en forma de proposiciones. sustentándolos en la teoría presentada en el capítulo I y en los datos obtenidos en

las entrevistas y su relación con la pregunta de investigación. Se hacen algunas propuestas derivadas del entendimiento logrado.

La investigación se hizo con el consentimiento de las informantes a quienes se aseguró el anonimato. Por esto, sus datos personales, así como sus nombres fueron cambiados.

Cabe mencionar que los instrumentos de evaluación de depresión mencionados en este trabajo son sólo algunos de los muchos que actualmente existen. Sin embargo, éstos son representativos de los usados en las áreas médica, psicológica y de investigación.

Los resultados obtenidos fueron de casos específicos, es decir de los datos obtenidos de las entrevistas, los que sólo se pueden referir a las informantes, sin embargo, las proposiciones surgidas de la reflexión sobre los datos y la teoría contienen elementos que pueden servir en la búsqueda y detección oportuna de la depresión exógena, en el entendimiento de su relación con la calidad de vida de los sujetos y como contribución a la implementación de acciones preventivas a nivel individual y colectivo.

Por último cabe aclarar que con estas reflexiones se pretende dar una propuesta, si no totalmente nueva, sí diferente sobre la relación de la depresión y la calidad de vida.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

Para estudiar la depresión exógena y su relación con la dimensión socio-colectiva es necesario conocer los determinantes sociales que están inmersos en la génesis de dicho proceso. La calidad de vida, como se verá en este capítulo, está constituida por dos dimensiones la objetiva y la subjetiva (Blanco, et al.1997). Los estudios científicos de la calidad de vida se han centrado en su dimensión objetiva: la condición de vida, en la que se identifican aspectos como ingreso, alimentación, vivienda, educación, atención a la salud y acceso a servicios. De esta dimensión surge la base material que determina cómo vive el individuo.

En este capítulo se argumenta que esta base material es desde donde el individuo entiende y siente su forma de vida. Es decir, a partir de sus condiciones de vida los individuos tienen experiencias de vida que les llevan a tener una percepción sobre ésta, surgiendo de ello un pensamiento que conduce a la actuación cotidiana y de nuevo a una reflexión sobre cómo ve, entiende y siente su vida día a día. Percibir, entender y sentir no son otra cosa que la otra dimensión de la calidad de vida. la subjetiva. Por lo tanto para entender e identificar la calidad de vida de los sujetos se necesita conocer la dimensión objetiva – sus condiciones de vida- y acercarse a su forma de percibir y entender su mundo para adentrarnos en la dimensión subjetiva de esta determinante social del proceso salud-enfermedad.

En la primera parte de este capítulo se identifica a la condición de vida como una determinante social del proceso salud-enfermedad y se argumenta retomando las propuestas de Brehil (2003) que existen procesos protectores y procesos destructivos de la condición de vida. Enseguida se presentan algunas de las definiciones que diversos autores dan sobre dicho concepto. Se muestran sus diferencias y similitudes y se profundiza en la propuesta sobre calidad de vida...

proponen Blanco, López y Rivera (1997), ya que ésta puede permitir tener una visión más amplia y profunda sobre los determinantes inmersos en la generación de las enfermedades y poder ver su relación con la depresión exógena. Se desarrolla después el concepto de necesidades humanas fundamentales de Max-Neff, ya que, según Blanco, López y Rivera forman parte de la calidad de vida en la medida en que son o no satisfechas (Blanco, López y Rivera, 1997). Finalmente se procede a hacer una revisión de algunas propuestas de evaluación de la calidad de vida.

En la segunda parte de este capítulo se presentan algunos conceptos, definiciones y formas de evaluación de la depresión exógena. Finalmente se da una primera argumentación en la que se identifican probables nexos entre la depresión exógena y la calidad de vida y se señala la importancia y problemas de evaluar esta relación.

DETERMINANTES SOCIALES

La medicina social para estudiar el proceso salud-enfermedad propone varias categorías que permiten entender de que manera los componentes de éstas influyen y determinan las condiciones y formas de nacer, vivir, enfermar y morir de los integrantes de determinada sociedad. Estas categorías se agrupan dentro del campo que la maestría en medicina social llama determinantes sociales del proceso salud-enfermedad que a continuación se explica.

De acuerdo con Margulis (1980) y otros autores, las condiciones en las que cada grupo social se reproduce son producto de las relaciones que establecen los individuos en una sociedad históricamente determinada. Cuando surge el ser humano como ser pensante, para existir empieza a producir los medios de vida con los que procura y satisface las necesidades de supervivencia en un mundo natural. Para ello se apropia de la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo. es en este momento que se da el primer hecho histórico del hombre como ser social

produciendo los medios indispensables para la satisfacción de necesidades, es decir, surge la producción de la vida material.

Es esta vida material la que permitirá y definirá las formas y medios con los que el ser humano logra su reproducción social. Margulis argumenta sobre la reproducción social como:

'la reproducción física de los individuos: día a día, y su reposición en el tiempo...es...el proceso global que garantiza el mantenimiento y la permanencia de la sociedad... este proceso asume la forma de un ciclo continuo de los procesos fundamentales de una sociedad, que se repiten en un flujo ininterrumpido para asegurar su constante renovación' (Margulis 1980:14).

Las formas, medios y las relaciones que establecen los hombres para lograr la reproducción material y social han cambiado a lo largo de la historia, ya que toda acción para satisfacer esas necesidades y la adquisición de los instrumentos necesarios, han conducido a la producción de nuevas necesidades a través del tiempo.

En el proceso de producción en el capitalismo actual se consumen insumos materiales con los que se elaborarán los objetos o bienes para entrar posteriormente al circuito mercantil, así como la fuerza de trabajo que venden los trabajadores. En este proceso los trabajadores consumen su energía al realizar las actividades en las que son ubicados en la realización ya sea de alguna parte de los productos o en la llamada rama de los servicios sufriendo un desgaste ya que las exigencias laborales vulneran su estado físico el cual tendrán que recuperar fuera del ambiente laboral (Laurell, 1990).

Este aspecto de la reproducción social (proceso de producción) tienen un carácter económico ya que en él se producen los bienes materiales como objetos de consumo, se produce consumo y se determina al mismo tiempo el modo en que se consumirá dicho objeto creando y determinando por lo tanto la necesidad hacia el objeto consumido. Es decir, en la esfera social el proceso de producción es el que determina y produce la reproducción de la fuerza de trabajo. Para que se de esta determinación, en base a las necesidades propias de una sociedad de mercado

existen componentes de tipo político e ideológico que se enmarcan en la esfera de lo sociocultural y que influyen en la percepción de los individuos sobre sus propias necesidades y la responsabilidad individual que se les hace creer que tienen para satisfacerlas (Margulis 1980).

Los individuos al consumir su energía y sufrir desgaste tienen necesariamente que recuperar la energía que les permita seguir trabajando para obtener el salario con el que pueden obtener los insumos y mercancías que les ayuden a ellos y a sus familias a seguir viviendo (Laurell y Márquez 1983; Laurell 1981). Esta recuperación está enmarcada en la satisfacción de necesidades, entendiendo éstas como la 'forma subjetiva de las determinaciones objetivas de las prácticas sociales que estructuran la producción de la fuerza de trabajo' (Préteceille. 1977:44). Es decir, existen por un lado las necesidades básicas (comida, vivienda, vestido y salud) con las que los individuos aseguran su supervivencia y la manera en como las satisfagan estará determinada socialmente a partir de los objetos y mercancías que el mercado ofrezca y del salario de cada individuo que permita comprarlas. Con lo anterior se puede identificar la existencia del consumo en dos vertientes: el que se realiza en el trabajo llamado, consumo productivo, y el que hace el trabajador y su familia fuera del ambiente laboral, llamado consumo individual (Préteceille 1977).

Junto al consumo individual dado en la unidad social elemental, Préteceille, (1977), incluye a la vivienda y al núcleo familiar. Préteceille considera que existen: prácticas individuales de consumo y prácticas socializadas de consumo que el individuo y el grupo llevan a cabo con mayor o menor grado de conciencia. Las prácticas individuales de consumo se refieren al consumo y la conciencia individual de las necesidades que se dan en la unidad familiar y están definidas por dos dominios: el de la circulación mercantil que permite y garantiza la adquisición de las mercancías y el del Estado que influye en el poder de compra a través del control fiscal y por formas de salario indirecto. Las prácticas socializadas de consumo son aquellas que realiza el colectivo utilizando los servicios públicos que el Estado organiza en instalaciones como el transporte, parques, escuelas públicas, redes de agua y

drenaje, calles, carreteras y hospitales, que se consumen individualmente pero también de manera socializada.

Consumo y necesidad manifiestan el carácter y la forma en que se desarrollan los procesos de reproducción de los grupos. La satisfacción de las necesidades de los sujetos en el momento actual estará determinada por los procesos productivos que definen la manera y objetos con los que aquellos logren satisfacer esas necesidades. La manera en la que individuos específicos y grupos sociales se inserten en los procesos productivos y en el consumo y la manera en la que plantean y satisfacen sus necesidades se ven reflejadas en su manera de enfermar y morir. De esta manera, podemos decir que existe una determinación social del proceso salud-enfermedad.

Condiciones de vida.

Para que los sujetos puedan satisfacer sus necesidades en un mundo donde el mercado determina las formas, medios y objetos para cubrirlas, necesitan día a día tener la energía suficiente para obtener dichos medios. La integridad del cuerpo es un requisito indispensable para contar con esta energía y asegurar la sobrevivencia y reproducción. El estudio de las condiciones y deterioro del cuerpo se tiene que ver como un proceso particular determinado histórica y socialmente (Blanco 2000: Laurell 1981). El estudio del proceso salud-enfermedad se ve en la:

'articulación existente entre la distribución y el consumo, es decir, las características específicas y las formas de... (la)... participación...(del individuo)...de la riqueza social... de las que se derivan las distintas condiciones de vida...(es decir)...el nivel y la calidad del consumo individual determinan en gran medida las condiciones de vida de cada grupo social (Blanco y Sáenz, 1994: 37).

La salud-enfermedad desde esta perspectiva no se da sólo por el cuidado que tengan los sujetos sobre lo que comen o dónde y cómo viven, sino por el nivel o capacidad que tienen para adquirir los medios que les permitan satisfacer sus

necesidades dentro de su vivienda y también por las condiciones o servicios que le rodean, es decir las condiciones de vida.

Blanco y colaboradores agrupan estas condiciones en rubros que contienen a su vez varios elementos, *Ingreso corriente* que permite acceder a bienes y servicios, como alimentación, vestido, calzado, transporte etc.; *derecho de acceso* a servicios y bienes como salud, educación, seguridad social, agua, drenaje etc.; *patrimonio básico* acumulado que es la propiedad o derecho de uso a servicios de consumo básico como vivienda y equipamiento del hogar; y *tiempo disponible* para el descanso, la educación, esparcimiento, recreación, etc. (Blanco y Sáenz, 1994). La disponibilidad y acceso que tengan los sujetos a las condiciones anteriores determinará la capacidad que tengan sobre su consumo individual y social para satisfacer sus necesidades.

Debido a la diferencia en la distribución de la riqueza, las condiciones de vida de los sujetos no son las mismas. lo cual lleva a que la satisfacción de las necesidades no se sea suficiente o con la calidad necesaria (Blanco y Sáenz, 1994). Bajo este escenario es la sociedad quién dará o no la posibilidad de que los individuos y el colectivo tengan acceso a estas condiciones a través de procesos protectores o destructivos creados por la misma sociedad.

Procesos protectores y procesos destructivos.

La idea de procesos protectores y procesos destructivos la desarrolla Jaime Breilh como una manera de avanzar en el entendimiento de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad y de los perfiles de morbilidad de una población. Breilh argumenta que dependiendo de la inserción que tengan los individuos dentro del proceso de producción y su participación en la distribución de la riqueza, se define su ubicación en la sociedad, las relaciones que establece con otros grupos sociales, las necesidades y las formas de consumo que le son

impuestas por una sociedad de mercado, esto determinará en gran medida las formas enfermar y morir de los individuos (perfil patológico). Así 'El proceso salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida social' (Breilh, 1986: 39).

La diferencia entre los grupos sociales para obtener y acceder a la satisfacción de necesidades propicia una creciente desigualdad e inequidad, originando lo que Breilh llama procesos protectores y procesos destructivos. Los procesos, protectores y destructivos...

adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo, es decir de acuerdo a las relaciones sociales en que se desarrollan –condiciones que pueden ser de construcción de equidad, mantenimiento y perfeccionamiento, o por el contrario pueden tornarse elementos de inequidad, privación y deterioro-. Entonces los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades protectoras/benéficas (saludables) o propiedades destructivas/deteriorantes (insalubres)...Se comprende que un proceso puede corresponder a diferentes dimensiones y dominios de la reproducción social, y además puede tornarse protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desenvuelve la colectividad correspondiente' (Breilh 2003:209).

Desde esta perspectiva el proceso salud-enfermedad es el resultado de los determinantes sociales, que a su vez definen los procesos protectores o destructivos. En tal medida los determinantes sociales definirán las formas en que nacen, viven y mueren los sujetos debido a las condiciones de vida específica que tengan y a los procesos protectores y destructivos que la sociedad de consumo les de y que los llevará a tener determinada calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA

La utilización del concepto calidad de vida en diversos ámbitos de la sociedad (noticias, programas gubernamentales, datos estadísticos sobre salud, etc.) podría dar a entender que existe una definición aceptada por los diversos sujetos y actores sociales (De la Peña 1994; Durad y Cuéllar 1989) de la sociedad actual



sin embargo, hay diversas interpretaciones sobre el concepto y por lo tanto igual número de elementos que lo conforman, lo que origina una ambigüedad sobre su definición, interpretación y sobre las acciones sociales a realizarse en la sociedad o grupo específico para garantizarla.

En este apartado hablaremos sobre las proposiciones que hacen algunos autores sobre la calidad de vida. Para iniciar creemos importante hablar sobre los dos conceptos primarios que conforman la categoría 'calidad de vida': calidad y vida. A continuación damos una breve semblanza de ambos conceptos.

'Calidad'

En el Seminario Nacional Familia, Infancia y Calidad de Vida, realizado en Colombia en 1993, se mencionó que varios autores consideran el concepto "calidad" como ambiguo, abstracto, impreciso y demasiado general ya que puede hacer referencia a cualquier cosa. Por su lado Bowling en su libro sobre la medida de salud dice que 'en términos generales, la calidad puede ser definida como un grado de <<bondad³>>' (Bowling 1994:9). La mercadotecnia y los estudios gerenciales refieren calidad al grado de satisfacción del consumidor en relación con el precio y lo esperado del objeto comprado (Sallis 1996). Estas aseveraciones muestran que el concepto calidad adquiere una connotación especial dependiendo del ámbito en el que se utilice. Aún más, para ver la calidad de los programas de salud, las investigaciones se hacen en relación al costo-eficiencia y costo- cobertura (Titelman. et.al 2000).

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2000) define calidad como: 'el conjunto de cualidades o propiedades que caracterizan una cosa o una persona', es 'carácter, naturaleza e índole' y es la 'importancia o gravedad de una cosa'. Del término cualidad el mismo diccionario dice que: cualidad es el 'aspecto

³ A pesar de que Bowling utiliza el término bondad no hace una definición de éste.

distintivo y peculiar que caracteriza una persona o cosa y que contribuye a que sea como es' y que es 'virtud, aspecto positivo de la manera de ser de una persona (o cosa)...'.

Calidad entonces se refiere al aspecto o características positivas, importancia o gravedad de algo. A nivel colectivo la definición positiva o negativa de calidad, se plantea desde las esferas económicas, políticas y sociales, donde se especifican los parámetros que delimitan o dan un valor a la calidad. En lo individual cada sujeto da el valor a partir de lo que el colectivo le dicta y qué tanto le satisface el objeto o persona. En este sentido la calidad estará definida por aspectos sociales e individuales en una relación de ida y vuelta y entonces a todo objeto, persona, situación o vida de alguien, se le podrá asignar una calidad determinada.

Vida.

Cuando hablamos de vida nos podemos referir a múltiples situaciones. por ejemplo: 'al conjunto de características y propiedades biológicas de los seres vivos, al conjunto de seres vivos, al tiempo o periodo entre el nacimiento y muerte, a la energía que tiene una persona en su actuar cotidiano, al modo de vivir en relación con alguna actividad, al conjunto de todo lo necesario para subsistir o a la manera de conducir una persona su propia existencia' (Diccionario de la Lengua Española. 2000). Para referirnos a la vida de una persona podemos considerar varias de las nociones anteriores y describirla como: el periodo o tiempo entre el nacimiento y muerte de una persona y su modo de vivir -agregaríamos- y de ver su vida, dependiendo de la actividad que realiza para obtener el conjunto de todo lo necesario -llámese bienes materiales y espirituales- que dicha persona necesita para subsistir y que le permitirán obtener la energía necesaria -física y emocional- para su actuar cotidiano (Margulis 1980).

La vida de cada individuo es única. El cómo la ve el 'otro' puede ser diferente a cómo la ve y siente el que la vive, así lo que para uno de ellos puede ser una vida 'buena', 'útil' o 'excelente', para otro es 'mala', 'inútil' o 'pésima', lo que nos lleva a apreciar el grado de subjetividad que subyace a dicha apreciación. Para darle un nombre y calificar ¿cómo es la vida de una persona? se necesita identificar su 'calidad de vida'.

'Calidad de vida'.

A pesar de que el concepto de diferentes autores sobre calidad de vida se encuentra en sitios comunes como la educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida y aspectos económicos no existe un consenso en cuanto a su definición y evaluación Coehlo y Coehlo (1999) cit. en Castro (2001). Actualmente diversos autores, organismos públicos y civiles le han dado una definición a la calidad de vida, sin embargo no existe consenso en sus definiciones lo que ha llevado a que la evaluación y las acciones colectivas para identificar y atender las consecuencias de distintas calidades de vida no correspondan con lo que los sujetos necesitan para alcanzar o tener una calidad de vida 'buena' desde su perspectiva. En la siguiente tabla se muestran algunos conceptos sobre calidad de vida.

TABLA 1. ALGUNOS AUTORES Y CONCEPTOS SOBRE CALIDAD DE VIDA.

AUTOR	FECHA	ELEMENTOS CONCEPTUALES
Paterson	1975	Salud general, nivel de ejecución, bienestar general y estado económico.
Shin y Johnson	1978	Posesión recursos, satisfacción, necesidades individuales, deseos, participación, desarrollo personal, autorrealización, comparación satisfactoria.
Mendola	1979	Logro individual, situación social satisfactoria, límites, capacidad física percibida
Max-Neff	1986	Desarrollo a escala humana, posibilidades para satisfacer necesidades, necesidades humanas fundamentales: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad.
Sem. Nat. Fam. Infancia Y Calidad de vida.	1993	Concepto social históricamente determinado, necesidades, intereses, comunidad, realización, proyecto vida, propia realidad.
Bowling	1994	Concepto, respuestas individuales, efectos físicos, mentales y sociales, enfermedad, vida diaria
Schalock	1996	Condiciones de vida deseadas, necesidades fundamentales, bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos.
Blanco et.al.	1997	Condiciones objetivas y subjetivas, reproducción social, dimensiones: condiciones trabajo, cantidad, calidad, consumo, bienes, servicios, valores, acceso, expresiones culturales y políticas, calidad del entorno, grado de satisfacción, necesidades básicas, bienestar, privación, periodo.
Coehlo y Coehlo	1999	Condiciones de vida, educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos.
Comisión Independiente sobre población y calidad de vida.	1999	Gozo tranquilo y seguro, salud, educación, alimentación suficiente, vivienda digna, ambiente estable y sano, justicia, igualdad sexo, participación, vida cotidiana, dignidad, seguridad.
Levi y Anderson	2001	Nivel de vida mínimo, determinantes de calidad individual, ajuste, coincidencia, situación de existencia y oportunidades, expectativas, capacidades, necesidades, percepción.

FUENTE: Elaboración propia

En el cuadro se puede ver la coincidencia en algunos conceptos que giran en torno a las necesidades y los satisfactores. La calidad de vida para Shin y Johnson es:

'la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades individuales y de los deseos, la participación en actividades que permitan el desarrollo personal y la autorrealización y la comparación satisfactoria entre uno mismo y los demás' (En Bowling 1994:10).

Max-Neff y colaboradores en su propuesta sobre 'Desarrollo a escala humana' y considerando a la calidad de vida un elemento sustancial de ésta, mencionan que 'la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales' (Max-Neff, et.al. 1986:40). Y estas necesidades fundamentales son las de: 'subsistencia,

protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad' (Max-Neef, et.al. 1986:56-57).

En el Seminario Nacional Familia, Infancia y Calidad de Vida realizado en Colombia en 1993, se definió a la calidad de vida:

'como un concepto social e históricamente determinado partiendo de las necesidades e intereses de la comunidad, teniendo como meta la realización de un proyecto de vida auténtico, fundamentado en su propia realidad' (Seminario Nacional Familia, Infancia y Calidad de Vida 1993: 60).

Otros autores relacionan la calidad de vida con las condiciones materiales. Tal es el caso de Castro Ramírez (2001) quien señala que es a partir de los años setenta que el término 'calidad de vida' comienza a utilizarse como una reacción a las normas economicistas y de cantidad que regían y guiaban los 'informes sociales', 'contabilidad social' o 'estudios de nivel de vida'. La misma autora menciona que en esta época se plantea que el crecimiento económico no puede ser una finalidad en sí mismo, sino que puede ser un instrumento para crear mejores condiciones de vida. En este sentido la inserción de la calidad se enfatiza como un elemento sustancial para el desarrollo social.

En algunos casos los autores se refieren a aspectos subjetivos, como la percepción y sensaciones. Schallock define a la calidad de vida como un

'concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida: el bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (1996, en Verdugo y Martín 2002: 70).

La Comisión Independiente sobre Población y Calidad de Vida (1999) menciona que

'la calidad de vida supone numerosos elementos. Se funda en el gozo tranquilo y seguro de la salud y de la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre sexos, de la participación en las responsabilidades de la vida cotidiana, de la dignidad y de la seguridad. Cada uno de estos elementos es importante en sí mismo, y la ausencia de uno sólo de éstos puede alterar el sentimiento subjetivo de <calidad de vida>' (Comisión Independiente sobre Población y Calidad de Vida (1999: 82).

Levi y Anderson consideran que

'por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad individual es el 'ajuste' o la 'coincidencia' entre las características de la situación de existencia y las oportunidades, expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como él mismo las percibe' (En Castro Ramírez 2001: 57).

Retomando la concepción de Levi y Anderson, Castro define a la calidad de vida:

'como una adaptación entre las características de la situación de la realidad y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal como las percibe él mismo y el grupo social' (Castro Ramírez 2001: 57).

Algunos autores relacionan la calidad de vida con lo relacionado a las capacidades y adaptación física. Bowling dice que la calidad de vida al igual que el concepto calidad se le ha referido a diferentes aspectos relacionados con la vida de los individuos que van desde

'la capacidad o la habilidad funcional, incluyendo las funciones o papeles habituales (p. ej., domésticos, laborales), pasando por el grado y la calidad de las interacciones sociales y comunitarias, hasta el bienestar psicológico, las sensaciones somáticas (p. ej. el dolor) y la satisfacción con la vida

Y agrega:

'basicamente la calidad de vida se identifica como un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria' (Bowling, 1994: 9).

Para Patterson la calidad de vida 'incluye la salud general, el nivel de ejecución, el bienestar general y el estado económico' (En Bowling, A. 1994:10). Mendola y Pelligrinidice sugieren que la calidad de vida 'es el logro individual de una situación social satisfactoria dentro de los límites de su capacidad física percibida' (cit. en Bowling.. 1994:10).

A pesar de las coincidencias, los conceptos están desagregados en algunos casos y en otros forman parte de una dimensión más amplia. Es decir, en algunos casos se refieren a lo material, en otros a lo subjetivo y en otros a las condiciones físicas de los individuos, sin embargo desde la perspectiva de esta investigación, no se pueden separar y ver como elementos independientes, sino como parte de un todo. es por esto que es necesario tomar la propuesta que hace Blanco, López y Rivera

sobre la calidad de vida para abarcar aspectos materiales y subjetivos necesarios, para tener una visión más completa de dicho concepto.

La propuesta de calidad de vida de Blanco, López y Rivera.

Blanco, López y Rivera (1997) plantean que para poder definir el concepto 'calidad de vida', se tiene que hacer una discusión sobre las necesidades humanas. Esta discusión lleva a definir al ser humano, en cuanto a su capacidad de apropiación de la naturaleza para satisfacer sus necesidades por medio del trabajo.

'La transformación que hace de la naturaleza para obtener el objeto que cubra sus necesidades y que convierte a este objeto en una necesidad, le confiere a la necesidad un doble carácter: como carencia y como potencialidad (como búsqueda de soluciones o satisfactores a la carencia)' (Blanco, López y Rivera. 1997: 34).

Blanco, López y Rivera se refieren a la calidad de vida como 'las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la producción social de los grupos humanos' (Blanco et.al. 1997:161). Incluyen en esta categoría dimensiones como: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica); la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes; servicios y valores de uso; el acceso y realización de expresiones culturales y políticas; y la calidad del entorno.

La calidad de vida se modela de acuerdo a la confrontación permanente entre los componentes protectores y sus procesos destructivos, de los que se habló en el apartado anterior (Blanco, López y Rivera, 1997: 161). Así

'la calidad de vida de una sociedad, o de un grupo humano, es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas' (Breilh 1992. En Blanco, López y Rivera. 1997: 161).

Los autores identifican las condiciones objetivas o condiciones de vida de la calidad de vida como: el ingreso que permite acceder a bienes y servicios para satisfacer las necesidades de alimentación, vivienda, ropa, servicios entre otros; el derecho al

acceso a servicios y bienes (educación, salud, drenaje, luz, seguridad social. etc.); patrimonio básico acumulado que permite el uso de activos que proporcionan servicios de consumo (la vivienda e insumos domésticos); y el tiempo disponible para educación, descanso, recreación, etc. (Blanco, López y Rivera. 1997), es decir las condiciones materiales de existencia.

Las condiciones subjetivas de la calidad de vida la relacionan los autores a los sentimientos y la visión que tienen los individuos sobre sus necesidades y las condiciones de vida con las cuales satisfacerlas. Sin embargo este último aspecto no ha sido suficientemente trabajado por los autores.

Los determinantes sociales (económicos, políticos e ideológicos) que están inmersos en el proceso de reproducción social, definen los componentes protectores o destructivos (Breilh, 2003) que a su vez determinan la calidad de vida de la sociedad. La presencia de distintos componentes destructivos repercute tanto en los aspectos objetivos y subjetivos del individuo, como en el conjunto social. En este sentido la aparición de enfermedades es el resultado de la presencia o ausencia de los procesos protectores o destructivos.

Blanco, Rivera y López, consideran que para hablar de la calidad de vida es condición fundamental discutir sobre las necesidades humanas, ya que son éstas las que guían y apuntan con qué y cómo satisfacerlas. Y agregaríamos como menciona Malagón que la calidad de vida 'tiene dimensiones políticas y éticas que entran en conflicto... se trata... de un debate de cuño político que exige acudir a diferentes vías de argumentación y cuerpos teóricos para sustentarse' (Malagon 2002: 225), reconociendo la dificultad e imposibilidad de definir las condiciones de vida óptimas para la satisfacción plena de las necesidades de los sujetos.

Como se puede ver, en el centro de la discusión sobre calidad de vida aparece regularmente el tema de las necesidades humanas. Es entonces necesario para avanzar en el entendimiento de la calidad de vida, identificar una definición de

necesidades humanas que sirva de punto de partida para esta investigación. El trabajo clásico de Max- Neff y coautores aporta elementos para lograr construir este punto de partida

La propuesta de necesidades humanas fundamentales de Max-Neff.

La generación y satisfacción de necesidades tiene una connotación histórica. El momento histórico actual está definido por las exigencias objetivas del mercado que determinan las formas de reproducción social de la fuerza de trabajo y las prácticas y representaciones subjetivas de los sujetos sociales. La producción y el consumo de mercancías en la sociedad de mercado se convierten en generadores y determinantes de las necesidades de los sujetos sociales. En este sentido la satisfacción de las necesidades encuentra una contradicción relativa a la suficiencia o insuficiencia cuantitativa de objetos y medios de consumo, así como una inadecuación cualitativa de los procesos de consumo (Prétercelle 1977).

Pero ¿qué es la necesidad? Para responder esta pregunta se recurre a Max-Neff, Elizalde y Hopenhayn (1986), quienes plantean que tradicionalmente se ha considerado a las necesidades cambiantes y diferentes de una sociedad a otra. Sin embargo, comentan, no se ha hecho la definición y diferenciación entre lo que son las necesidades humanas y los satisfactores de esas necesidades.

Las necesidades se pueden desagregar, según los autores, en dos categorías: existenciales y axiológicas. Las necesidades según las categorías existenciales son: las necesidades de ser, tener, hacer y estar. Las necesidades según categorías axiológicas son: las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. En este sentido 'las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables...son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos' (Max-Neff et al 1986: 42). Por otro lado los satisfactores son las formas en las que los individuos y la sociedad a la que pertenecen cubren o satisfacen las necesidades, por ejemplo

en el caso de la necesidad de protección en el caso de un niño, el satisfactor es el cuidado que proporciona la madre cuando éste está enfermo o tiene frío.

Los satisfactores cambian según el nivel de desarrollo económico, político e ideológico de una sociedad concreta, es por ello que los autores arriba mencionados plantean que los satisfactores están culturalmente determinados y no así las necesidades humanas fundamentales,

'lo que cambia a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades ... lo que cambia es la elección de cantidad y calidad de los satisfactores y/o las posibilidades de tener acceso a los satisfactores requeridos' (Max-Neff et.al 1986: 42).

Asimismo, un satisfactor puede cubrir varias necesidades o una necesidad puede requerir de varios satisfactores para ser cubierta.

Hasta aquí se ha hablado de la diferencia entre necesidad y satisfactor, sin embargo es importante mencionar como señala Blanco (1997) y también lo hace Max-Neff (1986), que a las necesidades hay que verlas no sólo como carencia, sino también como potencialidad, ya que como dice éste autor, si se queda en el nivel de carencia, se limita a la esfera fisiológica o material que es donde se expresa con mayor claridad y se 'siente' la 'falta de algo'. Pero si se considera como potencialidad, las necesidades adquieren un carácter dinámico, en la medida en que comprometen, motivan y movilizan a los individuos y a la sociedad. Al verlas en este sentido, las necesidades se perciben como un proceso dialéctico en el que resulta más apropiado 'vivir y realizar las necesidades, y...vivirlas y realizarlas de manera continua y renovada' (Max-Neff, et. al. 1986: 50).

Recapitulando, desde que se comenzó a utilizar el concepto calidad de vida, no ha existido un consenso para definirlo. Esto debido a que dependiendo del contexto en que se le utilice adquiere connotaciones variantes. Entendiendo que la calidad de vida está constituida por dos dimensiones: la objetiva y la subjetiva en donde se pueden agrupar las necesidades humanas fundamentales y los satisfactores y que además se puede ver como un proceso dialéctico – como carencia y potencialidad.

la insatisfacción de las necesidades puede provocar patologías (Max-Neff, et.al. 1986) ya sean, enfermedades físicas, mentales, violencia, miedo etc. resultados de procesos destructores (Breilh, 2003). Aunque este pudiera ser el caso de distintos tipos de depresión, pareciera ser que en el estudio de la depresión exógena se manifiesta claramente la relación calidad de vida/proceso patológico. A continuación se presentan algunos aspectos de la depresión y la depresión exógena que explican por qué se consideró la posibilidad de esta relación.

DEPRESIÓN

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México realizada durante el 2001 y el 2002 (Medina-Mora et.al. 2003), se encontró que 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE-10⁴ alguna vez en su vida, el 13.9% en los últimos 12 meses y el 5.8% durante los últimos treinta días. Los trastornos reportados con mayor frecuencia fueron los de ansiedad con 14.3% alguna vez, seguidos por los de uso de sustancias con un 9.2% y los trastornos afectivos con un 9.1%. Los más comunes en los últimos 12 y 3 meses fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos y enseguida los de uso de sustancias. En relación con la depresión se encontró que se ubica dentro de los cinco trastornos más comunes presentados alguna vez en su vida en la población total: fobias específicas tuvieron un 7.1% alguna vez en su vida, los trastornos de conducta 6.1%, dependencia al alcohol 5.9% fobia social 4.7% y el episodio depresivo mayor (DM) 3.3%. La DM presenta el primer auge alrededor de los 17 años, el segundo alrededor de los 32 años y el tercer auge alrededor de los 60 años. Frenk y colaboradores (cit. en Borges et.al. 2003) mencionan que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan en México el 5º lugar como carga de enfermedad y que cuatro de las enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y alcoholismo).

⁴ La CIE-10, es la publicación de la Organización Mundial de la Salud en la que clasifica a las enfermedades

Con los datos encontrados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México se concluyó que uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida y que los trastornos con mayor prevalencia y más crónicos fueron los de ansiedad, seguidos de depresión mayor, fobia específica, dependencia al alcohol y fobia social. Los datos anteriores dejan ver la importancia que representa conocer y estudiar a la depresión como uno de los trastornos mentales que ha aumentado en el país.

Antecedentes.

La clasificación y conceptualización de la depresión ha recorrido una larga brecha que inició con la descripción fenomenológica de las entidades clínicas hasta la formación de unidades nosológicas (Berlanga 1999). En el siglo V a.c los médicos griegos hacían mención de la 'melancolía' para describir fenómenos similares a lo que hoy llamamos 'depresión' a partir de las manifestaciones visibles e inmediatas que observaban en las conductas y actitudes de las personas que la padecían. El conocimiento de dicho trastorno se basaba fundamentalmente en la observación y delimitación de los síntomas y la explicación de las causas que originaban a la melancolía surgía de los conocimientos médicos de la época (Lanczik y Beckman, 1991).⁵

En la edad media se le dio importancia al aspecto somático de la melancolía. Sin embargo al paciente con problemas mentales se le veía y trataba desde el punto de vista teológico, considerando a la melancolía como el resultado de un temible pecado o el estar poseído por fuerzas malignas. Las causas de la depresión se enmarcaban en la concepción teológica de pecado-culpa. El retroceso del conocimiento y la ciencia afectó de manera negativa durante esta época a los

⁵ Los médicos griegos utilizaban los términos manía y melancolía para describir al mismo trastorno, y la explicación de las causas se basaba en la patología humoral galénica.

pacientes con trastornos mentales (Leibbrand y Wettley 1961, cit. en Lanczik y Beckmann 1991).

Con el inicio y desarrollo de las ciencias en el renacimiento, los procedimientos para clasificar a las enfermedades mentales y dentro de ellas a la melancolía se basaron en los principios de las ciencias naturales donde se les agrupaba por las semejanzas en la sintomatología (Lanczik y Beckmann, 1991). Esta clasificación se hizo retomando un sistema meramente descriptivo. En un siguiente momento (siglos XVIII y XIX) se fueron redefiniendo la clasificación y conceptualización a partir de parámetros clínicos más modernos, como la agrupación familiar (clasificación genética primaria) y la evolución del padecimiento a largo plazo, considerando las etapas predecibles de la enfermedad (clasificación evolutiva) (Berlanga 1999), con lo que se continuaba con un sistema de clasificación descriptivo.

A mediados del siglo XIX Emilio Kraepelin (1856-1926) elaboró un sistema de clasificación de las enfermedades afectivas en el que hace una diferenciación y un sumario de todos los síndromes afectivos, teniendo como principio de esta clasificación el pronóstico. La clasificación de Kraepelin ha servido como punto de partida para la elaboración de las clasificaciones actuales de los trastornos mentales (Feighner y Boyer 1991 y Beck 1976).

La necesidad de ir más allá de la descripción de síntomas y el desarrollo conjunto de las técnicas terapéuticas, así como el desarrollo de las ciencias y la tecnología llevó a buscar las causas que originan a los trastornos mentales⁶. Sin embargo, estas causas continuaban buscándose principalmente en el ámbito orgánico y biológico, por lo que la clasificación y conceptualización de los trastornos se acercaba más a una subárea del campo médico.

Actualmente las clasificaciones descriptivas de las enfermedades mentales han permitido la detección, diagnóstico e intervenciones terapéuticas necesarias para el

⁶ El desarrollo de la neurología fue un elemento importante para encontrar la etiología de los trastornos mentales en esa época, así como la implementación de nueva tecnología

tratamiento de los pacientes que las padecen. El diagnóstico en estos casos se convierte en la descripción cuantitativa de los signos y síntomas, es decir, se mencionan los fenómenos anormales presentes ya sea por el tiempo de ocurrencia o por su severidad y como consecuencia el tratamiento se enfoca en corregir esos fenómenos anormales.

Las clasificaciones actuales, el DSM-IV y la CIE-10⁷ han sido un gran paso para la detección de la depresión, pero 'desafortunadamente en el caso de los trastornos psiquiátricos funcionales no ha habido ninguna alteración orgánica o fisiológica conocida que sirva de orientación en la construcción de la nomenclatura, por lo que la definición fundamental de las categorías nosológicas se ha basado totalmente en criterios clínicos' (Beck 1976:59). El desconocimiento de las causas que originan los trastornos funcionales lleva a que tanto la clasificación como la evaluación siga centrándose en la sintomatología.

De estas clasificaciones han surgido los instrumentos de uso más frecuente mencionados anteriormente con los que se evalúa a la depresión. Sin embargo, 'evaluar' en su definición del diccionario significa 'valorar, fijar un valor a una cosa, acción o persona' y 'valor' en una de sus acepciones es 'una de las determinaciones posibles de una magnitud o cantidad de variables' (Pequeño Larousse 2005). Las clasificaciones dan un valor, pero desde la perspectiva de valoración médico/signo/síntoma y pierden otras dimensiones y perspectivas del padecimiento, es decir, subjetivas individuales y colectivas.

Clasificación de la depresión.

La depresión clasificada en el CIE-10 se encuentra en el rubro de los trastornos del

⁷ El DSM-IV y la CIE-10 son los dos principales sistemas de clasificación de las enfermedades que se emplean hoy día en el ámbito médico hegemónico. El DSM es el sistema que utiliza la American Psychiatric Association (APA) para clasificar a los trastornos mentales. La CIE-10, es la publicación de la Organización Mundial de la Salud en la que clasifica a las enfermedades.

humor (afectivos) y define un episodio depresivo de la siguiente manera:

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrute, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas "somáticos" tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión en las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas⁸.

Los criterios que considera DSM-IV para definir al episodio depresivo mayor, son los siguientes:

- A.- Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- (1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto p. ej. Se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto)
 - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes).
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día
 - (5) Agitación o entecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar entecido)
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivos o inapropiados (que pueden ser el hecho de estar enfermo)
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse⁹

Tanto el DSM-IV y la CIE-10, proponen categorías principales para agrupar los trastornos mentales en: trastornos mentales orgánicos; esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados; trastornos por uso de sustancias psicoactivas; trastornos de

⁸ Tomado de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Decima Revisión. Volumen I. OPS Washington DC 1995

⁹ Tomado de la Clasificación DSM-IV con los códigos CIE-10, p 333.

estado de ánimo (afectivos); trastornos neuróticos; trastornos de la infancia y la adolescencia; retraso mental; trastornos de personalidad; trastornos de alimentación y sueño. En esta agrupación la depresión se encuentra entre los trastornos de ánimo.

Szasz (cit. en Gross, 2004) menciona que las descripciones históricas que hacen referencia a la depresión se encuentran en el campo médico desde donde se les clasifica como un trastorno mental. Al igual que otras enfermedades, a la depresión se le diagnostica a partir del signo y el síntoma. El primero se basa en las pruebas objetivas obtenidas principalmente en laboratorio y las segundas consisten en la referencia que hace el individuo sobre las sensaciones que le provoca la condición depresiva. Signo y síntoma delimitan lo objetivo y lo subjetivo, sin embargo Gross (1998) propone que tanto signo como síntoma en la actualidad deben ser considerados para que el diagnóstico sea lo más completo posible.

Depresión exógena.

En los estudios sobre las causas que originan la depresión, 'Beck, afirmaba que la depresión no es un trastorno de la emoción, sino que es, un trastorno del pensamiento' (En Compas y Gotlib, 2003; 107), planteó que las personas deprimidas se caracterizan por lo que denominó una 'triada cognitiva negativa', es decir, las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismas, de su mundo y de su futuro. Siendo que la depresión es un trastorno del pensamiento, es a partir del contexto social en el que vive el sujeto que construye su pensamiento con base en las experiencias positivas o negativas, resultado de las condiciones de vida que lo llevan a tener cierta percepción de su mundo y de su vida, como Compas y Gotlib dicen... 'los individuos se ven afectados no sólo por el mundo objetivo que los rodea sino también por sus *percepciones e interpretaciones* subjetivas del mundo' (Compas y de Gotlib, 2003; 106) y en la medida en que puedan obtener y alcanzar sus metas a corto, mediano y largo plazo, es decir

lograr su proyecto de vida satisfactoriamente o no, aparecerá inscrita en el cuerpo la depresión exógena.

En el caso de la depresión exógena si bien deben ser considerados los signos y síntomas para su diagnóstico conocer las causas externas que la originan constituye un punto importante, pues como dice Calderón (2001: 29)

'la etiología de la depresión (exógena) es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro (clínico). El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el dominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que se desarrolle' (Calderón, 2001: 29).

El mismo autor ubica como causas de la depresión exógena en; ecológicas y sociales. Las ecológicas las refiere a la relación entre el hombre y su hábitat, donde el desarrollo científico y tecnológico si bien ha permitido un mayor bienestar, también ha creado una serie de consecuencias negativas que han influido en la aparición e incremento de personas deprimidas. Estas consecuencias son: aumento acelerado de la población mundial, explotación inmoderada de recursos naturales, producción incontrolada de sustancias contaminantes y excesivos desechos que se manifiestan en una creciente y constante contaminación atmosférica, problemas de tránsito y ruido excesivo. Estas tres últimas consecuencias Calderón las considera como las causas ecológicas de la depresión ya que los aspectos subjetivos de los sujetos no pueden quedar al margen de estas causas ecológicas y entonces, 'su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve' (Calderón 2001: 41).

Las causas sociales en 'los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie' (Calderón, 2001: 46) y éstas son: muertes, divorcios y separaciones, que se manifiestan en la desintegración de la familia, la disminución de apoyo espiritual, falta de vínculos con los vecinos, migraciones e incremento de la violencia y de la delincuencia. Si bien Calderón menciona a los

aspectos ecológicos y sociales como causas de la depresión, no menciona dentro de éstos los determinantes económicos, políticos e ideológicos que tienen también una influencia importante en la satisfacción y alcance de las metas planteadas en los proyectos de vida de los sujetos.

Respecto a las causas ideológicas, Price y Crapo (1999, mencionados en Gross, 2004) dicen que 'diversos investigadores han negado la presencia de conceptos nativos de depresión entre grupos tan diversos como los nigerianos, chinos, Inuit del Canadá y los indígenas Hopí de Norteamérica y se preguntan "si la depresión como se define actualmente en la cultura occidental y en el diagnóstico psiquiátrico, no se encuentra en las culturas no occidentales, ¿cómo sabemos que la 'depresión' no es tan sólo un concepto folclórico occidental...?" (Gross, 2004: 841), ya que en determinada cultura, la manifestación de los síntomas puede ser diferente a la manifestación de los síntomas en otra cultura.

Lo anterior nos hace suponer que las causas sociales, ecológicas, económicas, políticas y culturales de la depresión exógena, al ser producto de una sociedad o grupo humano específico también determinarán las formas y grados en que se manifiesta y se inscribe en el cuerpo el estado depresivo y por lo tanto su evaluación deberá ubicarse en el contexto en el que viven los sujetos deprimidos.

Evaluación de la depresión exógena.

El surgimiento de los actuales sistemas de clasificación (CIE-10 Y DSM-IV), ha servido para unificar los criterios, con los cuales a cada trastorno mental se le define por sus características nosológicas. Esto, como menciona Páez y Nicolini (1996), ha permitido en el ámbito psiquiátrico y psicológico, tener los criterios operacionales para obtener diagnósticos más unificados y similares entre los distintos pacientes con el mismo trastorno mental. Sin embargo, los mismos autores mencionan que

‘la sola disponibilidad de criterios no garantiza que los diagnósticos generados sean confiables...debido a las... diferencias al recoger la información por ello consideran necesario que la evaluación que se hace de los trastornos, (ya sea por instrumentos o entrevistas diagnósticas) se apeguen a los sistemas de clasificación’ (Páez y Nicolini, 1996:19-20).

La funcionalidad de los sistemas de clasificación actual, los convierte en los parámetros para definir y diferenciar a los trastornos mentales. La evaluación en este sentido, es darle un nombre y valor a los síntomas observados y expresados por los individuos. Por ello, los instrumentos elaborados para la evaluación de los trastornos mentales contienen los síntomas propuestos en dichos sistemas.

Al evaluar se define si existe el trastorno, cuál es y su grado de severidad para dar un diagnóstico más cercano a la realidad vivida por los individuos. La evaluación se convierte en una descripción cuantitativa de síntomas (Berlanga, 1999), que lleva a un diagnóstico y tratamiento individual, sin buscar las causas sociales que pudieron originar dicho trastorno.

Desde la perspectiva de esta investigación, evaluar la depresión va más allá de la simple descripción y cuantificación de los síntomas. Para evaluar a alguien se tiene que ‘fijar un valor’ a algo. Para fijar un valor que se acerque a la realidad de lo que se valora, se requiere mirar con detenimiento y asignar a partir de esa mirada el valor a lo que se mira¹⁰. La depresión exógena se vincula con factores sociales y subjetivos que, en la revisión de la literatura presentada aquí, no aparecen considerados en la manera de evaluar la depresión, razón por la cual, es importante explorar ésta dimensión de la depresión. Es por esto, que este trabajo se enfoca a mirar con detenimiento una parte de la realidad de la depresión exógena no considerada; sus determinantes socio- subjetivos.

Los determinantes económicos, políticos, sociales y culturales de una sociedad específica determinan las condiciones materiales de vida y las condiciones subjetivas de la calidad de vida (Blanco, López y Rivera) y siendo la depresión

¹⁰ Consideraciones de Chapela (2004) al concepto evaluar y su relación con la depresión, surgida en una plática de asesoría

exógena un trastorno del pensamiento y las causas que la originan corresponden a los determinantes mencionados, estudiar la calidad de vida relacionándola con la depresión exógena ayudaría a entender y ver más allá de la sintomatología de ésta, la relación existente entre cómo se vive, cómo se ve la vida que se vive, qué se quiere y qué se obtiene y cómo se inscribe en el cuerpo la depresión exógena. Y como la exploración de esto último sólo se alcanza a partir de lo que los sujetos dicen, sienten y piensan, la exploración de éstos sólo se puede lograr a partir de una aproximación cualitativa.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Para responder a la pregunta de investigación que guía este trabajo ¿En qué medida se puede beneficiar el estudio de la depresión exógena del estudio de los componentes de la categoría calidad de vida y su evaluación?, se realizó una investigación de tipo exploratorio y corte principalmente cualitativo en donde el interés era comprender componentes objetivos y subjetivos de la categoría 'calidad de vida' y su relación con la depresión en estudiantes de una universidad pública. La presente investigación tuvo cuatro momentos. El primero se centró en la búsqueda y selección de cuestionarios validados en el medio científico y académico, que miden depresión y calidad de vida, para elaborar después un 'cuestionario combinado' que permitiera identificar personas con depresión exógena por un lado y por otro, personas con calidad de vida baja de acuerdo con los planteamientos que sustentan esos instrumentos, cabe mencionar que no se pudieron encontrar diferencias sustanciales en el puntaje para condiciones de vida, debido a que probablemente la población estudiantil pertenecía a estratos sociales similares o muy parecidos, por lo que se consideraron otros aspectos que se mencionan en el rubro 'aplicación del cuestionario combinado'. El segundo momento consistió en el diseño, elaboración y aplicación del 'cuestionario combinado' integrando los instrumentos seleccionados en el primer momento. En el tercer momento se aplicaron entrevistas a profundidad a cuatro informantes seleccionados de entre los encuestados con el instrumento combinado, para entender mejor algunos de los componentes subjetivos de la calidad de vida y su relación con la evaluación de la depresión. En el cuarto momento se construyeron los datos, y se realizó el análisis e interpretación de las entrevistas a profundidad. En este capítulo se describen los cuatro momentos en que se llevó la presente investigación.

Primer Momento. Búsqueda de cuestionarios que miden depresión y calidad de vida.

Cuestionarios que miden depresión.

La finalidad de esta búsqueda fue identificar algunos de los instrumentos más conocidos y utilizados para medir la depresión y seleccionar uno para elaborar el 'cuestionario combinado' que permitiera la identificación de informantes. Esta pesquisa se realizó principalmente en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, además en revistas científicas y libros sobre el tema. Se encontraron 23 instrumentos que miden depresión. Algunos de ellos están combinados para medir dicho trastorno junto con otros trastornos. Se seleccionaron aquellos que reunían las siguientes características: 1.- que midieran solamente depresión, 2.- que se pudieran aplicar a toda la población o sólo a jóvenes, 3.- que se hubiera aplicado en México a jóvenes 4.- que fuera autoaplicable, 5.- que las preguntas fueran pocas pero que midieran lo que se pretendía medir, 6.- que las preguntas fueran sencillas 7.- que se hubieran utilizado además en investigaciones anteriores y 8.- que midieran la presencia de depresión y no su profundidad en sujetos ya diagnosticados. En una primera revisión se obtuvieron 17 instrumentos que se muestran en la tabla 2 de la siguiente página.

En la tabla se menciona el nombre del instrumento, el autor o referencia de dicho instrumento, el año de su elaboración, la población a quién se aplica y el número y tipo de preguntas. De estos 17 se seleccionó en un primer momento el Inventario de Depresión de Beck, pero al revisar mejor sus características, se observó que media el grado de profundidad de depresión en sujetos ya diagnosticados anteriormente como deprimidos. Se volvieron a revisar los instrumentos obtenidos y se optó por la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, pues reunía las siguientes características requeridas para integrar el cuestionario combinado, ya que se trabajaría con jóvenes de una universidad

pública de la Ciudad de México, además que se tenía contemplado que la aplicación del cuestionario fuera autoaplicable: 1.- mide solo depresión, 2.- se

TABLA 2 INSTRUMENTOS REVISADOS Y ALGUNAS DE SUS CARACTERÍSTICAS

AUTOR	REFERENCIA	Año	POBLACION	PREGUNTAS
Bech y Rafaelsen	Bech P INSTRUMENTO Rafaelsen OJ. 1980. The use rating scales exemplified by comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen melancholia scale. Acta Psychiatr scan. 62 (supl. 285).128-132	1980	Pacientes deprimidos	11
Inventario de depresion	Beck AI. Y Beamesderfer A.	1974	Pacientes deprimidos Pob General.	21
Escala de depresion Hamilton	Hamilton, M	1960	Pac. deprimidos. Pob. General	17
Escala de Raskin	Raskin	1978	Pac deprimidos hospitalizados	3
Montgomery-Asberg	Meaking C 1992 Screening for depression in the medically ill. Br J. Psychiatry, 160:212-216.	1992	Pac deprimidos	10
Escala de Zung	Zung, W	1965	Pac. deprimidos. Pob. general	20
Cuestionario General de Salud Goldberg	Goldberg, D P	1972	Pac. de medicina general. Pob. general	60, 30, 28 2.
Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	Radloff LS	1977	Población general Jóvenes y adultos	20
Escala de depresion de Carroll	Carroll BJ.	1981	Pac. deprimidos	52
Escala para la evaluacion de la ansiedad y depresión en el Hospital, Zigmond y Snaith	Veit, Ware JE JR 1983: The structure of psychological distress and well-being in general populations J Consult clin psycholl, 51:730	1983	Pac. con condiciones médicas.	7 ans 7 dep
Inventario de sintomas de depresión	Rush AJ	1985	Pac deprimidos	28
Prime-MD (primary care evaluation of mental disorders) Spitzer y col	Silverton OH, 1996 Concise assessment for depression (CAD): A brief screening approach to depression in the medically ill. J Psychosom res. 41(2).161-170	1996	Pac Primer nivel de atención	1º 20 2º 12
Evaluacion concisa de depresion	Silverston		Pac con otros trastornos médicos	n
Encuesta Nacional de Salud Mental, México	Instituto Mexicano de Psiquiatria. Dir. General de Epidemiologia (SSA) México (CED)	1988	Pob. General mayor de 18 años	No se tiene dato
Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta (CIDI) 1.1	Organización Mundial de la Salud.	1993	Pob General mayores 15 años	
Episodio depresivo actual con el SCID	No se obtuvieron datos	1995	No se obtuvieron datos	No obtuvieron datos
Inventario de Salud Mental MHI-5	Lara A et al	2003		5

FUENTE: Elaboracion propia

aplica a jóvenes y adultos, 3.- en México se ha aplicado a jóvenes y adolescentes¹¹, 4.- es autoaplicable, 5.- contiene 20 preguntas, 6.- las preguntas son sencillas, 7.- se ha utilizado en varias investigaciones en México (ver pie de página 11) y en Estados Unidos¹² y 8.- mide solo la presencia de depresión y no su profundidad (véase objetivo de la escala en la misma página). En el anexo 1 se presenta este cuestionario.

La Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, fue elaborada por Rasdloff LS en 1977 y desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) teniendo como finalidad identificar los factores de riesgo asociados con la depresión.

En México se ha aplicado a personas mayores de 18 años, tanto hombres como mujeres, en poblaciones rurales y urbanas como mencionan Medina-Mora y colaboradores (1992). Por otro lado Salgado y Maldonado (1994) refieren que la escala presenta una consistencia interna muy alta y que en general las conclusiones obtenidas en las investigaciones reiteran su utilidad. El objetivo del instrumento consiste en evaluar la sintomatología depresiva en población general. Se centra en jóvenes y adultos de ambos sexos de poblaciones urbanas y rurales. El instrumento consta de 20 reactivos que recaban información sobre los principales componentes de la sintomatología depresiva, considerando la semana anterior a su aplicación. Los reactivos están agrupados en: afecto negativo, afecto positivo, relaciones interpersonales, actitud retardada y somatización. Puede ser autoaplicable ya que las preguntas son sencillas y para cada una de ellas se trata

¹¹ En 1980 Roberts desarrolló la versión para adolescentes que ha sido probada en México con estudiantes de nivel medio por González-Forteza (1992), Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza (1993) que reportaron una consistencia interna satisfactoria, con valores alpha de Cronbach de .85 a .90. Asimismo el Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramon de la Fuente menciona que la estructura factorial del instrumento arroja cuatro factores conceptualmente congruentes entre si que han explicado desde 52.2% hasta 66.6% de la varianza total

¹² La escala ha sido utilizada en estudios comunitarios tanto en los Estados Unidos como en otros países. En la mayoría de los estudios se ha encontrado que el CES-D cuenta con las características psicométricas necesarias, de tal manera que puede aplicarse prácticamente en cualquier población (Weissman, Sholomskas, Pottenger y Locke, 1977; Roberts, 1980; Clark, Aneshensel, French y Morgan, 1981; Salgado y Maldonado, 1994).

de encontrar el número de días en que se presentaron en la semana previa a la aplicación que experimento en individuo.

Cuestionarios que miden calidad de vida.

Como el objetivo de la presente investigación era explorar también la parte subjetiva de la calidad de vida, se buscaron artículos que hablaran sobre este tema con la perspectiva de encontrar algunos instrumentos que la midieran. Estos se buscaron en la biblioteca de la maestría en medicina social de la UAM-X y con profesores de la misma. Sin embargo en ninguno de los artículos se encontró algún instrumento que midiera los aspectos subjetivos de la calidad de vida, por lo que se decidió utilizar el elaborado por Blanco, López y Rivera pues como se mencionó en el apartado de calidad de vida, para ellos la calidad de vida está constituida por dos dimensiones, la objetiva y la subjetiva, y a pesar de que el instrumento no mide los aspectos subjetivos, sí contempla las condiciones de vida

El cuestionario sobre calidad de vida fue elaborado por Blanco, López y Rivera (1997) para realizar la investigación sobre la calidad de vida en el Distrito Federal Blanco et.al (1995) consideran que:

'El carácter complejo del concepto calidad de vida impone límites a su medición integral. Así, la traducción de este concepto a la investigación empírica lo reduce a sus componentes objetivos, observables y medibles... (por lo que)... más que *la calidad de vida* se aprehende una parte de los elementos constituyentes de las *condiciones de vida*, sacrificando la exploración de elementos subjetivos...cuya identificación generalmente es más compleja y requiere aproximaciones cualitativas (Blanco, López y Rivera. 1997:164)'.

Los autores proponen que:

'Si bien la aproximación al concepto de calidad de vida a través de la exploración de necesidades básicas insatisfechas es parcial, se constituye en el punto de partida de un diagnóstico situacional que identifica espacios y poblaciones que deberían ser prioritarios para el quehacer gubernamental (Blanco, López y Rivera. 1997:166).

El instrumento que se elaboró para dicha investigación se centró, sacrificando el componente subjetivo, en la búsqueda de las condiciones de vida, sin que ello desmeritara la investigación y ser en un primer momento el antecedente a una investigación más abarcativa sobre los dos componentes de la calidad de vida que sugieren los autores. El cuestionario de Blanco et.al. estaba formado por tres apartados: I. Características del grupo doméstico II. Características de la vivienda y participación en el consumo y III. Estado de salud y atención médica.

El apartado I, características del grupo doméstico, exploraba el número de personas que forman la familia a la que se entrevistaba, el nombre de cada integrante, el parentesco con el jefe del hogar, sexo, edad, escolaridad, ocupación y tiempo de vivir en la colonia. El apartado II, características de la vivienda y participación en el consumo, indagaba sobre: el número de personas que viven en la vivienda, clase de vivienda, características de materiales y acabados, servicios con que cuenta, número de cuartos, número de cuartos utilizados como dormitorios, propiedad de la vivienda (propia o rentada), lugar de compra de despensa, gasto en la compra de despensa, medios de transporte, tiempo de traslado del jefe de familia o proveedor del hogar al trabajo, días de descanso, derechohabiente a alguna institución de salud, servicio de salud más utilizado y otras prestaciones. En el apartado III, estado de salud y atención médica, se pregunta sobre: el estado de salud de las personas del hogar, morbilidad aguda (enfermedad, síntomas y tratamiento), patología perinatal, inmunización pre-escolar, historia reproductiva de mujeres de 12 y 49 años, incapacidad (causas), morbilidad crónica y mortalidad general.

Como se necesitaba indagar sobre las condiciones materiales de vida de los estudiantes de manera individual, se decidió utilizar las preguntas del apartado II. Debido a que se tenía pensado que el 'cuestionario combinado' fuera autoaplicable y el de Blanco, Rivera y López era aplicado por un entrevistador, se modificaron las preguntas para hacerlo autoaplicable. En el anexo 2 se presenta el

ATA INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIONES
ARCHIVO HISTORICO

cuestionario de Blanco, López y Rivera y la modificación que se le hizo al apartado II para hacerlo autoaplicable.

Elaboración del 'Cuestionario combinado'.

Con los instrumentos seleccionados anteriormente, se elaboró el 'cuestionario combinado'. El cuestionario combinado, está integrado por cuatro partes: la primera es una ficha de identificación para obtener los datos generales de los estudiantes, la segunda consistía en el cuestionario para medir depresión y la tercera parte el cuestionario para medir las condiciones materiales de vida de la calidad de vida y en la última parte una carta de consentimiento informado (véase anexo 3). Al terminarlo se llevó a cabo un 'pilotaje' con estudiantes de maestría y exalumnos de la misma universidad y se hicieron las correcciones pertinentes.

Segundo Momento. Identificación de Informantes.

Búsqueda de grupos.

La finalidad de este momento fue encontrar grupos de estudiantes de una universidad pública a quienes se les pudiera aplicar el cuestionario combinado para identificar alumnos deprimidos. Se seleccionó una universidad con las siguientes características: que estuviera en el Distrito Federal, que se pudiera trabajar con los alumnos y que hubiera disponibilidad y aceptación de profesores y estudiantes. Se buscaron profesores que dieran su consentimiento para aplicar el cuestionario a sus grupos y que estuvieran dispuestos a comentar a los alumnos de sus grupos la finalidad de la actividad y obtener su consentimiento, para aplicarles el cuestionario. De esta búsqueda se acordaron cuatro citas para aplicar a cuatro grupos el cuestionario combinado.

Aplicación del 'cuestionario combinado'.

Para realizar la investigación se necesitaba encontrar dos estudiantes deprimidos con condiciones de vida baja, dos deprimidos con condiciones de vida alta, dos no deprimidos con condiciones de vida baja y dos no deprimidos con condiciones de vida alta, de acuerdo con el siguiente cuadro que se muestra abajo. No se había predeterminado el número de encuestados, sino que se aplicaron cuestionarios hasta contar con los informantes necesarios. Debido a que no se encontraron diferencias sustanciales en el cuestionario que media condición de vida, se considero para este rubro, la delegación y colonia donde viven las informantes, el gasto semanal en despensa y si se transportaban a la universidad en carro.

	Deprimido	No deprimido
CV	Si deprimido con condiciones de vida alta (<i>si deprimido CdeV alta</i>).	No deprimido con condiciones de vida alta (<i>no deprimido CdeV alta</i>).
CV	Si deprimido con condiciones de vida baja (<i>si deprimido CdeV baja</i>).	No deprimido con condiciones de vida baja (<i>no deprimido CdeV baja</i>).

Se asistió a cuatro grupos a la hora acordada con los profesores para aplicar el cuestionario, sólo en un grupo no se aplicó a la hora acordada debido a que estaban 'exponiendo tema' los alumnos, por lo que se esperó a que terminaran su actividad y se aplicó sin contratiempo el cuestionario.

Al aplicar el cuestionario, en primer lugar se les explicó a los alumnos la finalidad de la investigación, haciendo énfasis en que no se trataba de dar terapia, el tema y la utilización que se haría con la información que proporcionarían en el cuestionario. Se les mostró el cuestionario y las partes que lo constituían, haciendo énfasis en dónde estaba la carta de consentimiento informado. Asimismo, se les explicó que se iban a seleccionar a algunos de ellos, remarcando y agradeciendo su participación y su colaboración para participar en las

entrevistas. Aquí se les pidió que en la parte de 'ficha de identificación' pusieran su número telefónico y/o su correo electrónico solamente si estaban de acuerdo para pasar a las entrevistas.

Se requerían cuatro informantes, pero para asegurar la participación de éstos, se seleccionaron ocho estudiantes: dos deprimidos con condiciones de vida alta, dos deprimidos con condiciones de vida baja, dos no deprimidos con condiciones de vida alta y dos no deprimidos con condiciones de vida baja. Los cuatro informantes requeridos se identificaron entre los primeros 50 cuestionarios evaluados, sin embargo se aplicaron 98 dado que las citas ya se habían acordado y previendo la eventualidad de deserciones. Debido a que el interés de la presente investigación no se centraba en conocer el número de sujetos deprimidos no se procesaron los 98 cuestionarios, sin embargo, serán analizados y presentados en otro momento.

Selección de informantes.

Conforme se aplicó el cuestionario a cada grupo, se fueron calificando e identificando a los deprimidos y sus condiciones de vida y se formaron inicialmente dos subgrupos: sí deprimidos y no deprimidos, para luego formar los cuatro grupos de informantes: sí deprimido con condiciones de vida alta, sí deprimidos con condiciones de vida baja, no deprimido con condiciones de vida alta y no deprimido con condiciones de vida alta. Se revisaron las respuestas de cada alumno seleccionado en la parte del cuestionario combinado correspondiente a calidad de vida para ver qué respuestas podrían servir como posibles entradas a cada entrevista.

Para llevar a cabo las entrevistas se seleccionaron los informantes teniendo en cuenta lo siguiente: que hubieran obtenido un puntaje alto o bajo en el cuestionario que mide depresión, haber obtenido un puntaje alto o bajo en el cuestionario de

condiciones de vida, haber firmado y aceptado participar en esta parte de la investigación, y haber aceptado la entrevista.

Tercer momento. Aplicación de entrevistas.

Preparación.

La preparación para realizar las entrevistas fue un proceso dinámico, pues se analizaba y cambiaba los temas guía para encontrar la pregunta generadora que permitiera alcanzar las metas planteadas.

Se identificaron los temas guía relacionados con los elementos que se pretendía explorar en las entrevistas a profundidad y encontrar una pregunta generadora, que permitiera iniciar la entrevista. Estos temas fueron: la familia, su casa, privacidad, escuela, carrera elegida, proyecto, cosas materiales que tienen y las que quisieran tener, sentimientos. El análisis del cuestionario combinado permitió encontrar las primeras 'entradas' para iniciar la primera entrevista. Al momento de realizar las entrevistas, al finalizar cada una de ellas, se reformularon los temas guía y se reelaboraron las 'entradas'¹³.

Capacitación.

Antes de realizar las entrevistas con los informantes y para tener un manejo adecuado de la técnica, se realizaron tres prácticas de capacitación de 'entrevista a profundidad' con secretarías de la misma universidad que se ofrecieron como voluntarias: participando en una como observadora y en dos como entrevistadora supervisada por la asesora.

¹³ Las 'entradas' permiten por medio de una pregunta iniciar y hacer surgir en la entrevista los temas que se buscan.

Concertación de citas.

Después de seleccionar a las informantes para las entrevistas se les llamó por teléfono, para preguntarles si querrían participar en esta etapa de la investigación. Los primeros cuatro a quienes se llamó, aceptaron. Sin embargo, sólo asistieron a la cita Irma y Margarita. A los otros dos (que fueron hombres) se les volvió a llamar y se acordó una nueva cita, a la cual no asistieron, por lo que se les excluyó. De uno de los grupos a los que se aplicó el cuestionario combinado un alumno pidió a su profesora la posibilidad de participar en la entrevista por lo que se decidió incluirlo en esta etapa de la investigación pero solo asistió a una cita y, a pesar de que se le buscó y se acordó una nueva cita, no se pudo continuar la entrevista.

Para completar las entrevistas que se habían planeado se volvió a llamar a otros dos alumnos. La primera, Adela, aceptó participar y asistió a la cita. Al otro alumno se le contactó y se acordó la cita, sin embargo no asistió. Se le volvió a llamar y tampoco asistió por lo que se buscó otra alumna, Silvia, que sí participó.

Se buscó y se preparó el espacio físico en que se llevarían a cabo las entrevistas. Las citas para entrevistar a cada una de las informantes se acordaron después de sus clases y en la universidad. Se consiguió un salón en la universidad que contaba con las características idóneas para realizar las entrevistas: tener silencio, estar aislado, ser amplio, estar ventilado y bien iluminado, todo con la finalidad de que las entrevistadas se sintieran a gusto y tranquilas.

Asimismo se prepararon las cintas de grabación, con los siguientes datos: fecha, número de entrevista, número de cuestionario y clasificación: sí deprimido con condiciones de vida alta o baja, y no deprimido con condiciones de vida alta o baja. También se preparó la grabadora y pilas de repuesto.

Aplicación de entrevistas.

Las entrevistas se realizaron de manera individual, con cada informante. Se buscó el grado de saturación¹⁴ de la información¹⁵ entre una entrevista y otra para preparar la siguiente entrevista. Con las dos primeras informantes las entrevistas se llevaron a cabo en varias sesiones (tres con Irma, y dos con Margarita), debido a que no se había encontrado la pregunta adecuada que permitiera abordar eficientemente los aspectos subjetivos de la calidad de vida y su relación con la depresión exógena. En el caso de las otras dos informantes (Adela y Silvia), la entrevista fue de una sesión en cada caso, pues la pregunta con las que se inició permitió llegar a la saturación con mayor rapidez (ver abajo).

Partes en que se desarrollaron las entrevistas.

Las partes en que se desarrollaron las entrevistas fueron: encuadre, desarrollo y cierre. A continuación se describe cada una de ellas.

1.- Encuadre

En el encuadre se le agradeció su participación a la entrevistada, se recordó a grandes rasgos la finalidad de la entrevista, la informante aprobó la grabación en audio, las condiciones de confidencialidad y anonimato de lo grabado, el tiempo de duración de la entrevista (máximo 60 minutos) y la posibilidad de tener algunas sesiones más (insistiendo en que no era una entrevista terapéutica).

El aprendizaje del análisis de las entrevistas con Irma y Margarita permitió identificar una pregunta clave para obtener la información buscada que fue: ¿Para

¹⁴ En esta investigación se considera saturación al momento de la entrevista, en el que se repite la información que se estaba buscando.

¹⁵ De acuerdo con los objetivos de esta investigación se buscaba la manera en la que se podría preguntar mejor sobre la calidad de vida y la depresión exógena.

ti, qué significa vivir bien? Preguntar de esta manera a Adela y Silvia logró la saturación en una entrevista.

2.- Desarrollo

Para iniciar la entrevista se lanzó la consigna o pregunta generadora. Para Irma y Margarita la consigna fue diferente en la primera sesión. Para Irma la consigna fue '*Cuando te hablé para ver si me ayudabas, me preguntaste ¿Salí mal?* (se refiere al puntaje del cuestionario que se le aplicó). *¿Hay algo que te preocupe?* y para Margarita fue '*¿Cómo te sentiste en la semana anterior al día que les hice las preguntas en tu grupo?*

En la segunda sesión la pregunta generadora para Irma fue '*Me gustaría que me describieras cómo fue tu navidad pasada*' y para Margarita '*Me gustaría que me describieras tu último cumpleaños, ¿si te hicieron una fiesta¹⁶?, o ¿qué pasó en tu último cumpleaños?*

Después de haber escuchado estas dos entrevistas y a partir de los conceptos encontrados y de ver si se relacionaban o no con lo que se trataba de explorar se decidió tener como pregunta generadora *¿Para ti, qué significa vivir bien?* Para saber si esta pregunta permitía explorar y encontrar los aspectos subjetivos de la calidad de vida, se probó con otras personas (dos secretarías de la universidad). La entrevista a Margarita se saturó en dos sesiones.

En la tercera sesión de la entrevista realizada a Irma, se lanzó la consigna *¿Para ti, qué significa vivir bien?* obteniendo saturación. A Adela y Silvia se les entrevistó a partir de la pregunta *¿Para ti, qué significa vivir bien?* saturando ambas en una sesión cada una.

¹⁶ Al escuchar la grabación de la entrevista se encontró que esta pregunta no fue adecuada, ya que se le estaba dirigiendo la respuesta.

3.- Cierre

En el cierre de cada entrevista se hizo una recapitulación de la información proporcionada por la informante, para cotejar lo que había dicho, si había algo que comentar o corregir. Se volvió a agradecer su participación y corroborar su disponibilidad en caso de necesitar alguna aclaración o profundización sobre algún elemento de la entrevista. También se comentó la posibilidad de mandarle los resultados de la investigación en caso de que le interesara.

Cuarto momento. Construcción e interpretación de datos.

Preparación de la información.

Para poder realizar el análisis que nos llevara posteriormente a la construcción de datos, se escucharon y transcribieron las cuatro entrevistas. Se separaron los textos en frases significantes para proceder al análisis en cuatro niveles (Chapela. Comunicación personal) 1.- ¿Qué me dice? 2.- ¿Qué se repite, qué contradicciones encuentro, cuáles son los antecedentes y regularidades que encuentro en el contexto? 3.-Yo ¿qué digo de lo que dice? y 4.- ¿Qué encontré con respecto a lo que buscaba en un principio?

Niveles 1 y 2 de análisis

En este primer nivel de análisis se elaboró una sábana con seis columnas que serviría también para el segundo nivel de análisis, como la que se presenta a continuación.

Ejemplo de los dos primeros niveles de análisis.

¿Qué me dice?	¿Qué se repite?	¿Qué contradicciones encuentro?	¿Cuáles son los antecedentes?	Regularidades que encuentro en el contexto
Vivir bien es no tener problemas económicos.	Cuando habla de escuela y herencia	ninguna	ninguna	Al hablar se familia, escuela casa y planes a futuro.

En esta etapa de análisis en ¿Qué me dice? se anotaron las frases significativas encontradas en los rubros o temas dichos por la informante, por ejemplo, para el tema familia, 'mi familia es muy unida'. En el nivel dos, ¿qué se repite?, ¿qué contradicciones encuentro? Y ¿cuáles son los antecedentes y regularidades? A cada frase significativa, se trata de ver si se repite y en dónde se repite. Si al mencionarla se encuentran o no contradicciones, y cuáles son los temas o frases significativas que la anteceden o se mencionan luego de ella y si la repetición, junto con los antecedentes y contradicciones se presenta con cierta regularidad.

Niveles 3 y 4 de análisis

En la segunda etapa de análisis se elaboró otra sábana con tres columnas; una con las frases significativas ordenadas por temas identificados y seleccionados previamente en los niveles 1 y 2 como, familia, autodefinition, amigos, trabajo, planes a futuro, problemas, etc. y otra para el nivel de análisis 3 y otra para el nivel 4, como la que se muestra abajo.

Ejemplo de segunda etapa de análisis

Frases significativas por temas	Yo, ¿qué digo de lo que dice?	¿Qué encontré con respecto a lo que buscaba en un principio?
Trabajar mejora situación económica.	Tener trabajo para ella constituye el elemento principal en este momento.	Tener trabajo permite la posibilidad de cubrir las necesidades de subsistencia y tener independencia.

En el nivel de ¿Yo qué digo de lo que dice? con base en lo que dice la informante se hace un resumen o recapitulación de las frases significativas, así como en el contexto en que se dan para relacionarlos con las frase significativas de el nivel 4.

En nivel cuatro de ¿Qué encontré con respecto a lo que buscaba en un principio? de acuerdo con lo encontrado en el nivel anterior, se relacionó lo encontrado. Es decir, la interpretación lograda en el nivel 3 y su relación con lo que en un principio

se trataba de encontrar, esto es, qué tiene que ver lo encontrado con la calidad de vida y la depresión exógena

Para las entrevistas en donde se lanzó la consigna *¿Para ti, qué significa vivir bien?* el vaciado fue mucho más rápido y sencillo. Sin embargo para las entrevistas en las que no se planteó esa consigna, se tuvo que volver a leer la transcripción escuchando la grabación y volviendo a cotejar con la sábana de la primera etapa de análisis.

En esta etapa se elaboraron cuatro tablas correspondientes a cada entrevista con los conceptos más recurrentes y significativos, para corroborar la aparición de los conceptos encontrados anteriormente.

Como se mencionó anteriormente la preparación, capacitación, entrevistas y construcción de datos se realizaron de una forma dinámica, ya que avanzar en cada momento del método, evaluando de manera permanente el trabajo realizado, nos permitió ver los errores y avances logrados, que produjeron la constante reformulación del trabajo tanto en el método como en el contacto directo con los estudiantes y sobre todo con las informantes.

PRESENTACIÓN DE INFORMANTES.

Contexto.

La investigación se realizó en una universidad pública de la Ciudad de México. La universidad cuenta con dos turnos, matutino y vespertino. A ella asisten jóvenes de ambos sexos en su mayoría con una edad de entre 19 a 30 años. Es una universidad que no exige muchos trámites para realizar investigación entre los alumnos, pues éstos mismos llevan a cabo encuestas y entrevistas como parte de su formación académica, por lo que los hace en muchos casos personas dispuestas a participar y colaborar en diversas investigaciones.

Por las razones de anonimato y confidencialidad, se les cambió el nombre y otros datos a las cuatro informantes entrevistadas.

'IRMA'

Irma tiene 20 años, es soltera y sin hijos. Estudia el 6º trimestre de la carrera de nutrición en el turno matutino en la universidad pública y Psicología en el sistema abierto de otra universidad pública. Su familia está formada por sus dos abuelos maternos, su mamá y su hermana adoptiva. A su papá no lo conoce ni él a ella, dice que *'cuando supo mi papá que mi mamá estaba embarazada de mí, le dijo que no sabía si ese niño, no sabían que era niña, era de él y le propuso que me abortara pero mi mamá no quiso, y el no sabe si nació o no'*.

Vive en la delegación Gustavo A Madero y hace dos horas de ida y vuelta a la universidad, dice que *'cuando tengo que ir a la (universidad), yo decía es que está bien lejos, me gusta la carrera pero ir hasta allá, casi dos horas de camino, para mí eso es superpesado ¿no? Dos horas de camino de ida, dos horas de regreso'*

Como siempre han vivido su mamá, hermana y con sus abuelos, todos sus tíos, tías y primos van seguido a su casa y tiene constante contacto con éstos. Dice que en su familia hay problemas que se incrementaron a fin de año por la herencia de su abuelo, que todavía vive y esto a ella la hace sentir mal. Menciona que tiene dos tíos que siempre la han aceptado, 'a pesar' de que no tiene papá y que le dan seguridad *'son neutros en los problemas familiares, me da alegría verlos y me dan tranquilidad y paz.*

Irma dice que se siente en muchas ocasiones insegura. Refiere que a la escuela le 'hecha' muchas ganas, pero a veces le cuesta trabajo entender lo que les enseñan los profesores. Durante la primer entrevista estuvo nerviosa y moviendo entre sus manos una botella de agua. En las otras dos entrevistas estuvo calmada y sonriente.

Por los datos obtenidos en el instrumento combinado se le ubicó como 'no deprimida condiciones de vida baja'.

'ADELA'

Adela tiene 20 años, es soltera y sin hijos. Estudia el sexto trimestre de la carrera de nutrición, en el turno matutino de la universidad pública. Su familia está formada por su mamá, papá, su hermana y ella y viven juntos.

Adela es una persona muy segura, sabe lo que quiere y como lograrlo. Su familia le da estabilidad emocional. *'Mis papás tienen una buena imagen de mí con mucho valor'. 'Soy una persona muy querida, este, por amigos por familiares.*

Dice que su *'familia no es perfecta pero casi, solo falta comunicación en ciertas cosas'*, pero siempre la escuchan. Con primos y demás familia dice que hay éxito, buenos matrimonios, éxito económico y en cuestión de salud.

Menciona que en su familia siempre ha habido gente con dinero y para ella el dinero es éxito y para ella éste *'es importante para mí porque estoy rodeada de él y el no cumplir con ciertas aspiraciones sería un golpe muy fuerte'*, Tener éxito para ella significa: *'hacer lo que sabes hacer, hacerlo bien y que se reconozca por los demás y por sí misma'*. Considera que tiene una buena relación familiar, con amistades, con la pareja e hijos, buena relación con personas en general. Menciona que el éxito *'implica una buena situación económica, buena salud y buena relación interpersonal'*. Tener éxito significa tener cosas a futuro.

Se considera *'inteligente, este, cumplida pero muy floja porque (voz lenta) me pesa hacer las cosas, pero las hago y las hago bien (pausa) trabajo bien bajo presión'*. *'Soy una persona muy paciente que le gusta dar mucho que soporta mucho a lo mejor más de lo que debería me cuesta muchísimo decir no'*.

Vive en un fraccionamiento en la delegación Coyoacán. El tiempo que hace para ir a la universidad es de 30 minutos de ida y vuelta aproximadamente y va en coche.

Por los datos que se obtuvieron en el instrumento combinado se le ubicó como 'no deprimida con condiciones de vida alta'.

'MARGARITA'

Margarita tiene 21 años es soltera sin hijos. Está en el octavo trimestre de la carrera de enfermería, en el turno matutino de la universidad donde se llevó la investigación. Para ir a ésta dice que hace tres horas de ida y vuelta. Vive con sus papás y hermano en Cuatitlán Izcalli.

Margarita se considera reservada, cautelosa y no muy segura. Menciona que en su casa hay muchos problemas, que sus papás están divorciados, pero que decidieron regresar al año de divorciados hasta que ella y su hermano tuvieran 18

años, pero que a pesar que ya tienen más años, sus papás viven juntos y con una relación muy mala. Esta situación y el que su mamá se refugie en ella la hacen estar generalmente mal y triste. Siente que ayuda a su mamá no dándole problemas, pero a veces *'me harta que se desahogue conmigo'*, de ella *'estoy aprendiendo a tener rencor y odiar a mi papá'* con quien no se lleva bien.

A veces le es pesado ir a la escuela cuando considera que su *'mamá está deprimida siento que es pérdida de tiempo'* ir a la escuela y el tiempo que utiliza para ir, se convierte en un problema para ella.

En relación a la parte económica y material de su casa no aportó datos a pesar de que se trato de explorar este aspecto.

Por los datos obtenidos en el instrumento combinado se le ubicó como *'si deprimida con condiciones de vida baja'*.

'SILVIA'

Silvia tiene 21 años, es soltera sin hijos. Estaba en el sexto trimestre de la carrera de Nutrición, en el turno matutino de la universidad y era repetidora. En la semana en que respondió al instrumento combinado, estaba en un periodo de toma de decisión sobre si dejaba la universidad y sólo seguía trabajando o si continuaba con ambas cosas. Cuando se le llamó para concertar la entrevista, aceptó y ya en ésta comentó que ya había dejado la escuela. Trabaja como modelo y extra en anuncios de televisión. Vive en un departamento con su mamá y su hermana, en la delegación Coyoacán.

Silvia se considera muy tranquila y sabe lo que quiere hacer a futuro. Al hablar de su salida de la universidad dice que *'ya llevaba dos trimestres sin inscribirme precisamente hace un año renuncié, la vez que renuncié si, fue sentí que me faltaban vacaciones... (y) empezó a salir trabajo y decidí trabajar entre de muv*

mal humor ya esta estaba contagiando a mis compañeras, 'no, no hay que hacer nada' y no se que 'dije no, no puedo hacer esto con mis compañeras'. Salirse fue un conflicto pues se sentía desesperada y 'entre la espada y la pared'. El conflicto fue con ella misma pues su familia la apoya. El estar en la escuela hacía que no tuviera solvencia económica porque no podía trabajar.

Trabajar le da tranquilidad: *'Eso si yo mi tranquilidad no la cambio por nada, donde vivo no es muy bonito que digamos, pero es muy tranquilo, casi no hay ruido y como nada más vivo con mi mamá, pues así que es la tranquilidad andando mi casa, así es como refugio, es lo más tranquilo que. Puede ser un problema. pero. pero gritos cero, cero (pausa) problemas'*. Durante la entrevista estuvo muy tranquila y sonriente.

Por los resultados del cuestionario combinado se le ubicó como 'si deprimida con condiciones de vida alta'.

Cabe recordar como se dijo en el segundo momento del método, que se esperaba encontrar diferencias en el puntaje sobre condiciones de vida en la parte del cuestionario combinado que medía este aspecto para ubicar a cada una de las informantes y como no se pudieron encontrar diferencias sustanciales se supuso que la población de estudiantes corresponden a un estrato social igual o similar y que el instrumento no fue sensible a esta aspecto. Se considero para este rubro, la delegación y colonia de las informantes, el gasto semanal en despensa y si se trasportaban a la universidad en auto propio o de la familia.

En este capítulo se mostraron los pasos del método y se presentaron a las informantes. Sin duda en él se muestra de manera breve el trabajo realizado y no lo enriquecedor de éste y el aprendizaje logrado. Sin embargo los hallazgos encontrados dejarán ver lo útil y productivo que fue este acercamiento cualitativo

para alcanzar los objetivos planteados y responder la pregunta de esta investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan los aprendizajes obtenidos de la información proporcionada por las informantes y su relación con algunas propuestas teóricas de otros autores. A pesar de que el análisis sobre los datos obtenidos y la teoría que sustenta esta investigación condujeron a reflexiones diversas, en este capítulo se presentan y sustentan ocho 'proposiciones' teóricas que responden a las preguntas que orientaron este trabajo. Para cada una de las proposiciones se presenta primero la proposición misma. Enseguida se muestran partes significativas de las entrevistas y se hace una interpretación de los datos, posteriormente se relacionan las interpretaciones hechas por la autora, con la teoría que se ha presentado con anterioridad. En esta sección del capítulo se responde a la pregunta de investigación con base en esas ocho proposiciones. Cabe señalar que los fragmentos de las entrevistas presentados, son solo una parte de las entrevistas completas y en algunos casos se toma un mismo fragmento para presentar, analizar y sustentar una o más proposiciones, ya que el mismo fragmento así lo permite. Asimismo se muestran las transcripciones sin modificar el lenguaje utilizado por las informantes.

Primera proposición

La calidad de vida de las informantes es la apreciación que hacen de su condición de vida.

Las tres informantes hablan sobre su vida a partir de cómo viven, lo que tienen para vivir esa vida, lo que sienten.

Al preguntarle a Irma si le gusta su vida dice:

si me gusta mucho mi vida pero sí, siento que me faltan ciertas cosas, pero a veces yo digo bueno, con lo que tengas se feliz por el momento, si van a llegar otras cosas pues que vengan, pero sí a veces sí faltan ciertas cosas.

Adela

Adela dice que el éxito

es importante para mí porque estoy rodeada de él y el no cumplir con ciertas aspiraciones sería un golpe muy fuerte.

Tener éxito para ella significa:

...hacer lo que sabes hacer, hacerlo bien y que se reconozca por los demás y por sí misma... Emocionalmente con una buena relación familiar, con amistades, con la pareja e hijos, buena relación con personas en general.

Menciona que el éxito

'implica una buena situación económica, buena salud y buena relación interpersonal'. 'Tener éxito significa tener cosas a futuro'.

Silvia

Al preguntarle a Silvia ¿Cómo me dirías que es esa forma de vida tuya? responde:

(silencio) Pues no es mala he (aclarara) de hecho es más, mucho más bien que mal, (pausa) y me refiero más que nada al hecho de que aunque uno quisiera más cosas u otras cosas no, no es tanto en el conflicto o la obsesión ¿no? sino de, tranquila estás trabajando duro, lo vas a lograr mientras disfruta lo que tienes y tanto con mis amigas, con mis amigos o con la familia estoy, estoy muy a gusto, estoy muy conforme.

A) 'Cómo viven':

Irma.- *sí me gusta mucho mi vida;*

Adela.- *el éxito 'es importante para mí porque estoy rodeada de él;*

Silvia.- *al hablar sobre su vida. Pues no es mala he... de hecho es más. mucho más bien que mal.*

B) Lo que tienen para vivir esa vida (condiciones materiales y condiciones subjetivas):

Irma.- *sí, siento que me faltan ciertas cosas;*

Adela.- *el éxito implica una buena situación económica, buena salud y buena relación interpersonal. Tener éxito 'significa tener cosas a futuro.*

Mis papás tienen una buena imagen de mí con mucho valor;

Silvia.- *me refiero más que nada al hecho de que aunque uno quisiera más cosas u otras cosas.*

C) Lo que piensan de cómo viven:

Irma.- *'sí me gusta mucho mi vida';*

Adela.- *'soy una persona muy querida';*

Silvia.- (su vida) *'pues no es mala he'.*

D) Lo que sienten:

Irma.- *pero a veces yo digo, bueno, con lo que tengas se feliz por el momento por el momento, si van a llegar otras cosas pues que vengan, pero sí veces si, faltan ciertas cosas...sí, sí soy feliz pero a veces si siento que, sí, a veces siento que estoy triste, si así como que triste;*

Adela.- *Mis papás tienen una buena imagen de mí con mucho valor. Soy una persona muy querida, este por amigos, por familiares;*

Silvia.- *aunque uno quisiera más cosas u otras cosas no, no es tanto en el conflicto o la obsesión ¿no? sino de, tranquila estás trabajando duro, lo vas a lograr mientras disfruta lo que tienes y tanto con mis amigas con mis amigos o con la familia estoy, estoy muy a gusto, estoy muy conforme.*

Como vemos, al hablar sobre su vida las informantes mencionan dos aspectos importantes, por un lado hablan sobre las cosas materiales (lo que tienen o no tienen) y por otro sobre las subjetivas (lo que su entorno les da y los que ellas ven y sienten). Estos dos aspectos para Blanco, López y Rivera (1997) constituyen 'en el nivel más general...(la)...calidad de vida' y son las condiciones objetivas y subjetivas que tienen como finalidad satisfacer las 'necesidades humanas fundamentales' propuestas por Max-Neff (1986).

Las informantes hablan sobre su vida a partir de la *apreciación* que tienen sobre ella. La apreciación se refiere a la percepción que tiene el sujeto del mundo que lo rodea. Gross menciona que 'la percepción es la organización e interpretación de la información sensorial entrante para formar representaciones internas del mundo externo' (Gross, 2004: 273). Es decir, los sujetos viven con ciertas condiciones materiales de vida que les permiten o no cubrir sus necesidades humanas fundamentales, pero la organización e interpretación que hacen de esas condiciones materiales de vida, se dará a partir de su apreciación de la manera en que éstas satisfacen o no '*sus necesidades*' (objetivas y subjetivas) y por lo tanto a

tener una representación positiva o negativa sobre cómo viven y a definir su calidad de vida.

De esta manera se puede considerar que la calidad de vida no depende de las condiciones materiales en sí mismas, sino de la apreciación que de ellas hacen quienes las viven.

Segunda proposición

La calidad de vida de las informantes se desarrolla en un 'ir y venir' entre las condiciones materiales y subjetivas de la vida.

Entrevistadora: ¿te gusta tu vida?:

Irma: si me gusta mucho mi vida pero sí siento que me faltan ciertas cosas...; este (silencio) no (silencio) no tenemos ahorita problemas económicos de que, ay, ya le están ahorcando las (silencio) tarjetas de crédito a mi mamá, no, o sea tiene una cuenta ¿no?, pero (silencio) va pagando poco a poco, mi casa, o sea, si te había comentado, ¿no?, que hay cuartos que todavía están en obra negra, ¿no?, pero (silencio) o sea, yo siento que (silencio) estoy bien, bueno mi familia donde yo vivo, bueno las personas con las que vivo nunca hemos tenido carro, todos mis tíos sí, entonces si me gustaría tener uno para desplazarme más rápido ya no, ya no las dos horas de camino (para ir a la universidad), los conflictos familiares (por la herencia) si son permanentes ¿no? Pero ya me acostumbré tanto que a veces digo ¡hay que se peleen.

Entrevistadora: tu mencionabas que la sociedad en la que vivimos es importante tener resuelta la cuestión económica, ¿esto qué implica?

Adela: ¿que implica? Este pues por todo este mecanismo social en que se vive ¡pues si no tienes lana no estudias! Entonces eso te impide cumplir ciertos objetivos personales por ejemplo, si no tienes dinero no tienes acceso a un servicio de salud o a una posibilidad a lo mejor no de un servicio de salud pero de un tratamiento este no tienes que comer y esto crea muchos conflictos a nivel personal y familiar no porque el no tener que comer no tener que vestir pues, tengo que ir a tal lado y no tengo para el pesero crea muchos problemas a nivel personal y entonces pues la sociedad globalizada donde se le está dando mucho peso a las cosas materiales a "cuánto tienes cuánto vales" y a que cuando eres a esta cosa de la vejez que vez ahorita en nutrición cuando estas grande tu acceso a muchas cosas, a trabajo y a muchas otras cosas se limita de manera impresionante, entonces si no tienes el soporte económico porque cuando eres viejo no puedes

ser un recurso renovable sino que ya es de lo que lograste hacer a lo largo de tu vida y que eso te reúna tranquilidad y una comodidad a ti y a tu entorno este familiar o social, amigos, hijos etc', 'todo lo que se tiene se hizo por trabajo y por constancia y por un saber administrar todo ese trabajo y toda esa adquisición. Por otro lado fue, este matrimonios con personas que siempre han tenido mucho dinero, la familia en general ha tenido dinero y también por ese trabajo que viene desde muy atrás y entonces, es este, pues que tienes dinero y que te cases con gente que tiene dinero, ya tienes dinero para más tiempo no? Entonces es el (pausa) estar siempre en ese medio y el trabajo pero duro, duro, duro'.

Entrevistadora: Y sobre el dinero que significa para ti:

Adela. Insisto, te da muchas cosas, o sea te permite muchas cosas, a la mejor eres una persona, que no es mi caso, que no tiene tanto apego a laas cosas materiales, pero el tener dinero te da la tranquilidad para vivir este, en lo que a ti te gusta ¿no? Despegado a lo mejor de. de la onda urbanizada y cosas así, pero te lo permite o sea te permite decir, pues me vale no tener una cama o me vale no tener x cosa, sobre todo si eres una persona de la que dependen otras ¿no? Yo si, si ni modo, para mi el dinero no es lo más importante desde luego que no, pero es lo que te permite tener y mantener cosas importantes'.

Entrevistadora: Cómo es tu vida:

Silvia: (silencio), Pues no es mala he (lo dice cómo queriendo aclarar) de hecho es más, mucho más bien que mal, Sí, me gustaría vivir mejor, pero, pero, estoy en la medida de lo que puedo y en lo que puede mi mamá. Yyyy no me quejo mucho (risa), eso sí, mi tranquilidad no la cambio por nada. Donde yo vivo no es muy bonito que digamos, pero es muy tranquilo, siempre soy, el que trabaja tiene dinero poquito o mucho, pero por lo menos cualquier cosa.

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS
 ARCHIVO HISTÓRICO

Las informantes viven con ciertas condiciones materiales de vida, las cuales influyen y determinan sus condiciones subjetivas y a su vez éstas últimas también influyen en las primeras. La calidad de vida de las informantes se desarrolla en 'un ir y venir' (por ejemplo Irma dice que le gusta mucho su vida, pero que le faltan ciertas cosas y que le gustaría tener un carro para desplazarse más rápido a la universidad) entre las condiciones materiales que tienen y la apreciación que hacen sobre esas condiciones, lo que les lleva a tener una apreciación sobre su vida toda.

Vemos que al decir Irma que sí le gusta mucho su vida, está dando una apreciación 'buena' sobre su vida, sin embargo al mencionar que siente que le hacen falta ciertas cosas, muestra que a pesar de decir o pensar que sí le gusta su

vida, cree que también le faltan cosas. Adela al venir de una familia donde siempre ha habido dinero, piensa sobre la importancia que tiene para ella el dinero que es lo que le permite tener y mantener cosas. Y cuando Silvia habla de que su vida no es mala, sino más bien que mal, a pesar de que dice que su vida es muy tranquila, la forma en que lo hace de guardar silencio y hablarlo como queriendo aclarar muestran que pudiera no existir una relación entre como aprecia su vida y como la vive. Con esta información vemos como las informantes hablan sobre lo que sienten, quieren y piensan a partir de las condiciones materiales que tienen, y pensar en el qué hacer para llegar o mejorar esas condiciones. En este sentido Pretteiceille (1977) considera que las prácticas individuales de consumo y las prácticas socializadas de consumo que el individuo y el grupo llevan a cabo permiten tener un mayor o menor grado conciencia sobre sus necesidades. Aquí podríamos agregar que este consumo y la manera en como satisfacen sus necesidades permite tener una apreciación sobre de su vida.

TERCERA PROPOSICIÓN

La valoración 'positiva' o 'negativa' de la calidad de vida de las informantes, es el resultado de la relación que existe entre el esfuerzo invertido para obtener lo que se desea y los resultados obtenidos.

Entrevistadora: Te gusta tu vida:

Irma: si me gusta mucho mi vida pero si siento que me faltan ciertas cosas: como mis relaciones han sido, así de que yo duro nada más un mes, dos meses. Y a lo mejor duro con alguien más tiempo pero a lo mejor lo corto y regreso...es que yo siento, es que igual y a la semana se da cuenta de cómo soy y me va a cortar entonces para qué inicio algo que va a terminar a la semana. 'En lo académico sí, a veces, este (silencio) sí, sí (silencio) siento baja autoestima porque a veces, este, yo veo a , a equis compañero de que, este, (silencio) sabe muchísimo y yo digo, cómo le haces, yo estudio, estudio y estudio y no se pega tanto, yo digo. o sea...que a veces no vale la pena tanto estudio...como que me estanco, así, pues voy a ser buena ante los peores, pero ante los mejores voy a ser mediocre (silencio) y eso si me hace sentir mal.

Entrevistadora: Cómo es tu vida:

Silvia: *(silencio) pues no es mala he (aclara) de hecho es más, mucho más bien que mal...*

Entrevistadora: *¿Por qué te saliste de la universidad?:*

Silvia: *bueno para mi lo ideal hubiera sido llevar las dos cosas, pero no, no se puede, aparte yo desde que entré a la escuela estaba segurísima y conciente dije, en algún momento se que voy a tener que decidir entre las dos cosas, sea mañana o en un año, se que lo voy a tener que hacer, lo sabía y llegó el momento (risa) (no se entiende) ¿qué más? Pues era así como que desesperación, de, bueno, en lo que estoy pensando que hacer, estoy en la escuela ahorita y tengo que aprender, entonces pues ya venía (pausa) no me la pasaba mal, de hecho, no me desagradan las clases. me gusta aprender.*

Como vemos las informantes dan una apreciación de su vida a partir del esfuerzo realizado para alcanzar o cubrir sus necesidades materiales o subjetivas los resultados obtenidos. Si la cantidad y calidad de éstos satisfacen o no sus necesidades básicas fundamentales (Max-Neff 1986), es decir, la relación entre esfuerzo y logro, determinarán la apreciación positiva o negativa de la vida dando como resultado la apreciación particular de la calidad de vida de cada informante.

Cuarta proposición

La apreciación sobre su vida se da en el contexto social.

Entrevistadora: *¿Cómo te ves a futuro:*

Irma: *Pues si quería la camioneta, pero pues no, pero es más fácil que te roben una camioneta y siendo mujer. Y una vez me dijo mi mamá, ¿quieres una camioneta? y yo sí ¿por qué? Es que por lo regular las señoras ricas tienen una camioneta. Y le digo pues quizá no soy rica pero me gustan las camionetas y dice. es que a veces son símbolo de poder, pero a veces como sus maridos no les dan ciertas satisfacciones ¿cómo lo recompensan? 'ten mi amor una camionetota' y yo dije pues yo no quiero que me vean así, y me agradan las camionetas pero si no tengo familia ¿para que tanto? Así como que yo digo si no es necesario para que tanto.*

Entrevistadora: *¿por qué es importante tener resuelta la cuestión económica?*

Adela: *'en la sociedad en la que vivimos, es importante tener la cuestión económica por la sociedad en la que vivimos y ¿Qué implica? Este, pues por todo, está este mecanismo social en que se vive ¡pues si no tienes lana no estudias! Entonces eso te impide cumplir ciertos objetivos personales por ejemplo, si no tienes dinero no tienes acceso a un servicio de salud o a una posibilidad a lo mejor no de un servicio de salud pero de un tratamiento. Este, no tienes que comer y esto crea muchos conflictos a nivel personal y familiar, no porque el no tener que comer, no tener que vestir, pues, 'tengo que ir a tal lado y no tengo para el pesero' crea muchos problemas a nivel personal y entonces pues la sociedad globalizada donde se le está dando mucho peso a las cosas materiales a 'cuánto tienes cuánto vales' y a que cuando eres, a esta cosa de la vejez que vez ahorita en nutrición, cuando estas grande tu acceso a muchas cosas, a trabajo y a muchas otras cosas se limita de manera impresionante. Entonces si no tienes el soporte económico porque cuando eres viejo no puedes ser un recurso renovable sino que ya es de lo que lograste hacer a lo largo de tu vida y que eso te reúna tranquilidad y una comodidad a ti y a tu entorno este familiar o social, amigos, hijos etc.*

Entrevistadora: *¿A ti te gusta el lugar donde vives?:*

Adela: *Este, pues más o menos...yo vivo, has de cuenta está el límite de Santa Ursula, Santa Ursula está acá (señala en la mesa) y mi casa esta acá, entonces de donde yo vivo pa' ca está muy bonito pero para atrás (aum. Vol. Voz.) ¡está horrible! Yo vivo en un fraccionamiento cerrado, pues con seguridad, con parque con centro comercial adentro o sea por ahí no me quejo y lo que me gustaría, yo cuando era chiquita vivía en Morelia. Vivíamos en una casa bastante más grande a la que tenemos ahora, entonces por ese lado yo digo ¡hay una casa poquito más grande! Mi casa está muy bonita, mi mamá tiene buen gusto y todo y entonces si me gusta, me gustaría una casa más grande. pero si me gusta la coloniaaaa. como que no mucho, preferiría Boulevard de la Luz algo así...*

Entrevistadora: *¿Te gustaría tener alguna otra cosa?*

Adela: *No, pues si... no cumplir ciertas aspiraciones siento que si sería como. que un golpe muy fuerte ¿no? Porque no sé, a tu familia y no me refiero a familia directa ¿no? sino primos, tíos y cosas así, entonces ves buenas relaciones. buenos matrimonios otros no tanto, pero como que muy buenas emociones por un lado. ves también el éxito...*

Entrevistadora: *¿Y esto que tu tienes, las cosas materiales te satisfacen completamente o te gustaría tener algo más?*

Silvia: *Pues, no sé, la computadora, el Internet ¡cosas! Que ahorita están muy 'inn', pero, digo, si ahorita tengo computadora pero no tengo internet. eeee, también algo que me dí cuenta fue que nunca había tenido cablevisión y un tiempo tuvimos cablevisión, dije: no, si me lo quitan otra vez, (aum.vol.voz) pero no he. no me causo mayor problema entonces pues eso todo bien.*

Las condiciones en las que cada grupo social se reproduce y del que forma parte cada informante, están determinadas por las esferas económicas, políticas e ideológicas (Laurell, 1990), que influyen y determinan la vida del colectivo y del sujeto. Vemos que a las informantes les gustaría tener ciertas cosas, pero a pesar de que las quieran hablan de porqué sí o no las tendrían dependiendo de lo que 'miran' o 'escuchan' en su entorno inmediato. Es decir, su apreciación se 'modula' en el contexto social como en el caso de Irma, a pesar de que quiere una camioneta, mejor prefiere no tenerla por los comentarios y afirmaciones que hace su mamá sobre las señoras que tienen camioneta, o en el caso de Adela que para ella es importante tener dinero porque su familia lo ha tenido.

Quinta proposición

Las informantes desarrollan estrategias para vivir la vida que viven.

Las estrategias implementadas por las informantes se encontraron en los rubros de: condiciones materiales de vida (situación económica), respecto a la familia, para 'estar bien' y 'ser feliz'.

A) Estrategias implementadas respecto a condiciones materiales de vida.

Entrevistadora: ¿Para ti qué significa vivir bien?

Irma: *en economía es estar bien, quizá no teniendo todos los bienes lujosos. vivir teniendo lo necesario*

Entrevistadora: ¿Para ti qué es lo mínimo para vivir bien?:

Irma: *lo que tengo hasta ahorita, no tener problemas económicos quizá no con lujos...también el carro, sí lo necesito pero (silencio) también digo, bien puedo viajar en camión o en el metro.*

Entrevistadora: ¿Te gustaría tener cosas como, carro, ropa joyas?:

Irma: *Pues no, en ese sentido no soy ambiciosa.*

Entrevistadora: ¿Te gusta tu casa?:

Irma: *a lo mejor no me gusta la estructura de mi casa...pero sí, siento que me agrada estar en ella siempre.*

Entrevistadora: ¿Qué te gustaría tener:

Silvia: *...aunque uno quisiera más cosa u otras cosas no, no es tanto el conflicto o la obsesión ¿no? Sino de, 'tranquila estás trabajando duro, lo vas a lograr, mientras disfruta lo que tiene'.*

Entrevistadora: ¿Te gusta el lugar donde vives?:

Adela: *...cuando vivía en Morelia mi casa era más grande, la casa donde vivo es chiquita pero muy bonita, mi mamá tiene buen gusto, 'me gustaría tener una casa más grande.*

B) Estrategias en relación con la familia.

Entrevistadora: ¿Qué piensas de los problemas que hay en tu familia?:

Irma: *...yo se que en mi familia hay personas que no se van a poder ver...pero para mi estar bien, quizá ya no es que ellos se hablen, sino que se respeten.*

Entrevistadora: ¿Cuáles son los problemas que hay en tu familia?:

Margarita: *...diario es lo mismo, hay veces que tengo la paciencia...o la indiferencia tal vez para que no me afecte lo que está sucediendo en mi casa. En la telenovela 'Mirada de mujer...¡ay! tiene tantas cosas de mi familia donde nos sentimos reflejados: de que a la mamá el esposo ya no le hace caso, el esposo se fija en otra persona, la mamá también se fija en alguien más pero se reprime porque siente que los hijos que vayan a pensar, entonces ahí es donde me vi bastante reflejada, todos vimos la novela pero no la comentábamos ...el problema en mi casa es que estoy ahí, entonces ahí es donde están los problemas y como no voy a salir ni tengo muchos amigos sobre todo cerca de mi casa...siento que no hay lugar a donde escaparme... lo único que tengo en mi casa es la computadora. Mi mamá dice que de piedra tengo corazón, pero lloro a escondidas y no le digo cuando estoy deprimida o enojada.*

Entrevistadora: ¿Qué edad tenías cuando se divorciaron tus papás?:

Margarita: *...de mi niñez no recuerdo nada o tal vez prefiero no recordarlo...recuerdo a veces este, momentos malos, mis papás se divorciaron cuando yo tenía ocho años...este...entonces como que bloqueé todas esas cosas*

C) Estrategias para 'estar bien'.

Entrevistadora: Para estar bien qué necesitas:

Irma: *Estar bien, es no ser exigente...tener mi cuarto ordenado, que esté bien mi familia.*

D) Estrategias para 'ser feliz'

Entrevistadora: ¿Te gusta tu vida?:

Irma: *sí me gusta mucho mi vida pero sí siento que me faltan ciertas cosas, pero a veces yo digo, bueno, con lo que tengas sé feliz por el momento.*

Entrevistadora: ¿Para ti qué es ser feliz?:

Adela: *ser feliz es llegar a las metas, con alguien emocionalmente es lograr ciertas metas que te permitan esa felicidad. Ser feliz es distinto para ti, como para mí.*

Cuando las informantes desde su subjetividad perciben que su calidad de vida no es satisfactoria (como Irma para ella vivir bien es quizá no tener lujos, sino solo lo necesario, no ser ambiciosa o sentirse bien en su casa pesar de que no le gusta y Silvia que menciona que aunque quisiera más cosas hay que disfrutar lo que tiene o Adela que dice que su casa es chiquita y que su mamá tiene buen gusto), debido a que probablemente el esfuerzo que han invertido para obtener los bienes materiales y subjetivos no corresponde con la cantidad y calidad de éstos para satisfacer sus necesidades, desarrollan un conjunto de formas subjetivas y objetivas, llamadas aquí 'estrategias' consideradas como las acciones objetivas y subjetivas para llegar a un fin que le permita atenuar o evitar el sentimiento (frustración y fracaso) que le provocaría no tener lo que necesita (como Irma que dice que aunque hay cosas que le gustaría tener, pero que 'no es ambiciosa' o que su casa no le gusta pero 'siente que le agrada estar en ella' o Silvia que menciona que aunque le gustaría tener más cosas, mientras disfruta lo que tiene y Margarita que dice respecto a los problemas de su familia que; a veces tiene la paciencia o indiferencia para que no le afecte lo que sucede, que ve telenovelas donde se siente reflejada, que para escaparse de los problemas de su casa solo tiene la computadora, que llora a escondidas o que de su niñez prefiere no recordar nada

Estas estrategias pueden corresponder con lo que en psicología se llaman 'mecanismos de afrontamiento' (Lazarus, 1999. en Gross, 2004: 232-233). Estos mecanismos de afrontamiento, son 'formas concientes de tratar de adaptarse al estrés y la ansiedad de manera positiva y constructiva' (Gross, 2004:233).

Gross menciona seis mecanismos de afrontamiento: de objetividad en el que el individuo separa los pensamientos unos de otros y los sentimientos de los pensamientos, para tener una mejor comprensión de cómo se piensa y siente y una evaluación objetiva de los propios actos (Irma: '*estar bien, quizá no teniendo todos los bienes lujosos, vivir teniendo lo necesario*'). El de análisis lógico en el que se realiza un análisis sistemático de los propios problemas, para encontrar explicaciones y hacer planes para resolverlos, con base en las realidades de la situación (Silvia: '*de tranquila estás trabajando duro, lo vas a lograr, mientras disfruta lo que tienes*'). El de concentración que utiliza la capacidad de concentración para poner a un lado los pensamientos y sentimientos perturbadores y concentrarse en la tarea más próxima (Margarita: '*hay veces que tengo la paciencia...o la indiferencia tal vez para que no me afecte lo que está sucediendo en mi casa*'). El de naturaleza juguetona donde se usa la capacidad para utilizar los sentimientos, ideas y conductas pasadas de manera apropiada para enriquecer la solución de problemas y agregar cierto disfrute a la vida (Adela: '*cuando vivía en Morelia mi casa era más grande, la casa donde vivo es chiquita pero muy bonita. mi mamá tiene buen gusto*'). El de tolerancia a la ambigüedad que se utiliza para funcionar en situaciones donde uno mismo o los demás no pueden hacer elecciones claras, debido a que la situación es complicada (Margarita: '*el problema en mi casa es que estoy ahí, entonces ahí es donde están los problemas y como no voy a salir ni tengo muchos amigos sobre todo cerca de mi casa...siento que no hay lugar a donde escaparme... lo único que tengo en mi casa es la computadora*'). Y el de supresión que se utiliza para olvidar y detener de manera conciente pensamientos y sentimientos hasta que surja el momento y lugar apropiados para expresarlos (Margarita: '*de mi niñez no recuerdo nada o tal vez prefiero no*

recordarlo...recuerdo a veces, este momentos malos, mis papás se divorciaron cuando yo tenía ocho años...este...entonces como que bloqueé todas esas cosas).

Por lo que se puede considerar que las informantes desarrollan estrategias para vivir la vida que viven, con el fin de evitar el conflicto o la frustración.

Sexta proposición

Las estrategias o mecanismos de afrontamiento de las informantes tienen como objetivo adaptarse a la situación problemática para evitar el conflicto y por lo tanto atenuar el sentimiento de que el esfuerzo invertido no corresponde con lo que obtiene. Y estas estrategias que son desarrolladas en el ámbito subjetivo se concretan o no en la acción entre lo ‘que se tiene’ y ‘lo que se quiere’.

Esta proposición se puede sustentar con los datos mostrados en la proposición anterior:

Irma: ...no soy ambiciosa. el carro, si lo necesito pero (silencio) también digo. bien puedo viajar en camión o en el metro, a lo mejor no me gusta la estructura de mi casa (pausa) pero sí siento, siento que me agrada estar en ella, yo se que en mi familia hay personas que no se van a poder ver (silencio) pero para mi estar bien. quizá ya no es que ellos se hablen, sino que se respeten, no ser exigente, tener mi cuarto ordenado, bueno con lo que tengas sé feliz por el momento.

Adela: la casa donde vivo es chiquita pero bonita, mi mamá tiene buen gusto. ser feliz es distinto para ti, como para mí.

Silvia: tranquila. estás trabajando duro, lo vas a lograr, mientras disfruta lo que tienes.

Margarita: diario es lo mismo, hay veces que tengo la paciencia (silencio) o la indiferencia para que no me afecte lo que está sucediendo en mi casa, en la telenovela Mirada de mujer...me vi bastante reflejada. el problema en mi casa es que estoy ahí, entonces es ahí donde están los problemas y como no voy a salir ni tengo muchos amigos sobre todo cerca de mi casa (silencio) siento que no hay lugar donde escaparme (silencio) lo único que tengo en mi casa es la computadora. mi mamá dice que tengo corazón de piedra, pero lloro a escondidas y no le digo

cuento estoy deprimida o enojada, de mi niñez no recuerdo nada o tal vez prefiero no recordarlo.

Lazarus en su estudio sobre el estrés dice que:

'Mientras más confianza tenemos de nuestra capacidad de superar obstáculos, es más probable que nos sintamos desafiados en vez de amenazados y viceversa, un sentido de inadecuación promueve la amenaza' (Lazarus, 1999. En Gross. 2004; 232).

En este sentido, el que las informantes desarrollen estrategias en el ámbito subjetivo y el que se concreten o no en la acción, les permite evitar el conflicto o frustración entre 'lo que se tiene' y 'lo que se quiere'. Cuando las estrategias 'funcionan' les permiten tener la capacidad de adaptarse a las situaciones problemáticas y evitar el sentimiento de frustración mientras pueden superar tales situaciones.

Séptima proposición

Las estrategias pueden llevar al 'conformismo', es decir, aunque no se tiene lo que se 'desea', el individuo se conforma con lo que tiene, sin pensar o actuar para cambiar esa situación.

Entrevistadora: *¿Cuáles son los problemas que hay en tu casa?:*

Margarita: igual es llegar a mi casa y (silencio) diario es lo mismo, hay veces que tengo la paciencia para (silencio) o el (silencio) digamos la indiferencia tal vez de que no me afecte lo que está sucediendo en mi casa, pero a veces me harta.

Entrevistadora: *¿Para ti qué es lo mínimo para vivir bien?:*

Irma: lo mínimo para vivir bien es lo que tengo hasta ahorita, no tener problemas económicos quizá no con lujos (silencio) también el carro. sí lo necesito pero (silencio) también digo, bien puede viajar en camión o en el metro. Y a lo mejor no me gusta la estructura de mi casa...pero si siento que me agrada estar en ella siempre.

Vemos que las informantes utilizan como estrategia los mecanismos de afrontamiento que propone Lazarus (1999), de 'tolerancia a la ambigüedad' que se

usa para funcionar en situaciones donde uno mismo o los demás no pueden hacer elecciones claras, debido a que la situación es complicada y 'de supresión' que se utiliza para olvidar y detener de manera conciente pensamientos y sentimientos hasta que surja el momento y lugar apropiados para expresarlos. Sin embargo, a pesar de que dichas estrategias les permiten evitar el sentimiento de frustración, sus acciones no llevan a que intenten o cambien dichas situaciones, lo que las lleva a tener una actitud pasiva y de conformismo.

Octava proposición

La apreciación baja que puedan tener las informantes sobre su calidad de vida y la percepción de que el esfuerzo invertido no corresponde con lo obtenido les pueden limitar la elaboración de un proyecto a futuro o la pérdida de éste. Esta limitación puede inscribirse en su cuerpo como signos y síntomas de depresión.

Entrevistadora: ¿Cómo te gustaría ser?:

Margarita: 'pues' y se quedó callada.

Entrevistadora: ¿Quieres dejar esta pregunta como reflexión?:

Margarita: *Yo creo que sí, luego, luego van saliendo, saliendo (pausa) saliendo cosas, también depende de cómo se sienta uno, si está uno triste, pues le vienen todas las cosas tristes, si está uno contento, pues no se acuerda de lo triste, este (silencio) ahorita, te digo, estoy así como tranquila, estoy (silencio) bien el día de hoy, no sé mañana como esté, soy, soy muy cambiante aunque no suceda nada en mi casa, a veces yo ando así como que (silencio) medio cabizbaja... a veces digo. 'ay', es que ¿por qué sigo pensando en eso, si eso fue ayer?, o sea ya, ya déjalo ir, ya lo pasado, pasado (silencio) y hay veces que no. Por más que trato de indagar qué es lo que me está haciendo sentir mal, no lo puedo lograr.*

Entrevistadora: ¿Por qué te saliste de la universidad?:

Silvia: *lo que pasa es que ya llevaba dos trimestres sin inscribirme. Precisamente hace un año renuncié, la vez que renuncié, si fue, sentí que me faltaban vacaciones y entré de muy mal humor ya está, estaba contagiando a mis compañeras, no, no hay que hacer nada y no sé que, dije no, no puedo hacer esto con mis compañeras, empezó a salir trabajo y decidí trabajar, entonces casi todo*

el año me la pasé trabajando. Ya a finales casi no, porque no hay, bueno dije, me voy a inscribir yyyy pero iba bien entre comillas, (enfatisa) cumplía con mis cosas, porque digo porque el tiempo que estuve, estuve comprometida con la escuela, pero cuando yo sentí que ya me estaba engañando ya yo misma...por eso dejé de venir. Salirse 'si fue así de 'chin' y si no y si lo otro, sí claro que fue un conflicto, pero puse la balanza. Me sentí como 'entre la espada y la pared', como el que, si hago esto pues piensas en lo malo de eso, si hago lo otro, piensas en lo malo de lo otro, entonces de repente dije, bueno para mi lo ideal hubiera sido llevar las dos cosas, pero no, no se puede, aparte yo desde que entré a la escuela estaba segurísima y conciente dije en algún momento se que voy a tener que decidir entre las dos cosas, sea mañana o en un año, sé que lo voy a tener que hacer, lo sabía y llegó el momento (risa)... ¿que más? Pues era así como que: desesperación. de, bueno, en lo que estoy pensando que hacer, estoy en la escuela ahorita y tengo que aprender, entonces pues ya venía (pausa) no me la pasaba mal, de hecho, no me desagradan las clases, me gusta aprender, pero a mi el hecho de (hace la voz chillona) 'tienen que traer no se que', el hecho de que te impongan, eso no me gusta, nunca me ha gustado para mí, entonces, 'hay, no quiero'.

Como vemos cuando las informantes están en una situación problemática o de toma de decisiones y las estrategias no funcionan, aparecen signos y síntomas de depresión. La depresión exógena tiene un desencadenante externo y considerando a Beck que:

'afirmaba que la depresión no es un trastorno de la emoción, sino que es. un trastorno del pensamiento'.... 'planteó que las personas deprimidas se caracterizan por lo que denominó una 'triada cognitiva negativa', Es decir, tienen una visión negativa de sí mismas, de su mundo y de su futuro' (En Compas y Gotlib, 2003; 107).

Lo anterior lo podemos relacionar cuando Margarita dice sobre los problemas en su casa: *¿por qué sigo pensando en eso. si eso fue ayer?, o sea ya, ya déjalo ir. ya lo pasado, pasado'* o cuando Silvia habla sobre su salida de la universidad dice: *'estaba segurísima y conciente dije "en algún momento se que voy a tener que decidir entre las dos cosas, sea mañana o en un año, sé que lo voy a tener que hacer". lo sabía y llego el momento'.*

Por su parte Compas y Gotlib mencionan que *'los individuos se ven afectados no sólo por el mundo objetivo que los rodea sino también por sus percepciones e interpretaciones subjetivas del mundo'* (Compas y Gotlib. 2003; 106), como cuando Margarita que dice que aunque no suceda nada en su casa es muy cambiante .

anda cabizbaja y Silvia al mencionar que no le desagradaban las clases, pero que le molestaba que le impongan y tomó la decisión de salirse de la escuela.

Al mirar, que el esfuerzo realizado no corresponde con lo obtenido, las informantes hacen una interpretación negativa de esta relación y ven que su calidad de vida no es 'buena'. Y cuando las estrategias o mecanismos de afrontamiento no cumplen con el objetivo de evitar el conflicto o frustración, impidiendo la adaptación de la informantes a dicha situación, se manifiestan e inscriben en el cuerpo los signos y síntomas de la depresión exógena.

Las ocho proposiciones aquí presentadas se derivan de la discusión teórica de los resultados encontrados en los datos proporcionados por las informantes y que permiten plantear las conclusiones que se mencionan en el siguiente capítulo.

CONCLUSIONES

Las ocho proposiciones presentadas aquí planteadas a partir de la información vertida por las informantes, permiten ver que su calidad de vida es la apreciación que hacen a partir de su condición de vida; que esa calidad de vida se da en un 'ir y venir' entre las condiciones materiales y subjetivas; que la valoración que hacen de ella es resultado de la relación entre el esfuerzo invertido para obtener lo deseado y lo obtenido; que la apreciación que hacen sobre su vida se da en el contexto social; que para 'vivir la vida que viven' desarrollan estrategias que tienen como objetivo adaptarse a una situación problemática para evitar el conflicto y atenuar el sentimiento de que el esfuerzo invertido no corresponde a lo obtenido; que estas estrategias son desarrolladas en el ámbito subjetivo y se concretan o no en la acción; que sin embargo las estrategias pueden llevar al conformismo y que cuando las estrategias no funcionan y las informantes tienen una apreciación baja sobre su calidad de vida y la percepción de que el esfuerzo invertido no corresponde con lo obtenido, pueden limitar la elaboración de un proyecto a futuro o la pérdida de éste, pueden inscribirse en su cuerpo como signos y síntomas de depresión.

Las ocho proposiciones surgieron de la óptica individual de cada informante, de igual manera pudiera darse una atención, donde se vean y atiendan la calidad de vida en sus dos esferas: la material y la subjetiva y la aparición de signos y síntomas de depresión, pero no hay que olvidar que las informantes viven y son parte de una sociedad específica y concreta. Y en este sentido se tiene que ver a la depresión exógena en relación a la calidad de vida de cada informante que está inmersa de un contexto social que la modela.

Si bien la calidad de vida tiene como componente importante la apreciación que tiene el sujeto de la vida que vive, no significa que a nivel colectivo e individual no se deban de plantear un mínimo de condiciones materiales para que las necesidades básicas de los sujetos que conforman el colectivo se cubran

satisfactoriamente, permitiendo que sujeto y colectivo tengan un desarrollo pleno con un proyecto de vida capaz de ser alcanzado.

La discusión sobre la calidad de vida se tiene que ver en dos planos, el colectivo y el individual; tanto en uno como en otro existe la necesidad de definirlo teórica, política y éticamente, ya que como menciona Malagón la calidad de vida 'tiene dimensiones políticas y éticas que entran en conflicto... y se trata... de un debate de cuño político que exige acudir a diferentes vías de argumentación y cuerpos teóricos para sustentarse' (Malagón. 2002: 225), pues como él mismo considera, la definición dependerá de la concepción que se tenga o se quiera de la sociedad y del individuo y a partir de esto será el discurso y la práctica. Por otro lado la calidad de vida tiene que ver con la satisfacción de las necesidades básicas humanas (Max-Neff 1986) e ir de la mano de los derechos individuales y colectivos, pues el vínculo necesidades-derechos dependerá de los procesos protectores y destructores (Breilh. 2003) que la sociedad construya para el colectivo y el individuo. Y en la medida en que los procesos protectores subsistan sobre los destructores, se crearán las condiciones materiales y subjetivas que permitan al sujeto y colectivo, cubrir sus necesidades de 'querer' y 'poder' que constituyen en el tiempo del sujeto la elaboración y alcance del proyecto de vida.

El estudio de la relación derechos-satisfacción de necesidades-calidad de vida, tiene que mirarse desde el plano político y ético con la finalidad de iniciar el estudio de la equidad social y merece un trabajo posterior.

Las respuestas encontradas a la pregunta de investigación que guiaba este trabajo. ¿En qué medida se puede beneficiar el estudio de la depresión exógena del estudio de los componentes de la categoría calidad de vida y su evaluación? plasmadas en las ocho proposiciones mencionadas arriba permiten ver que debido a que en nivel individual la calidad de vida es una apreciación y la relación que se establece con los casos depresión exógena se da a partir de la contradicción entre 'lo que se tiene' y 'lo que se quiere' y donde las estrategias desarrolladas por las

informantes no cumplen su objetivo de evitar el conflicto entre 'lo que se quiere' y 'lo que se tiene', la elaboración de una cédula estructurada para aplicar a grandes poblaciones en la evaluación de la depresión exógena, no sería efectiva ni eficaz debido al nivel subjetivo de cada sujeto.

Sin embargo el haber encontrado la pregunta generadora ¿para ti, que significa vivir bien? y otras como ¿Qué te gustaría tener? permitieron encontrar los aspectos subjetivos sobre la calidad de vida y la depresión exógena. Cabe recordar que la pregunta ¿para ti, que significa vivir bien? permite que en una sola sesión surjan los aspectos materiales y subjetivos de su calidad de vida. De igual manera se puede decir que la pregunta podría aplicarse en grupos medianos y a nivel individual.

Respecto al alcance de los objetivos podemos decir que del objetivo general 1.- Identificar en qué medida los instrumentos de evaluación de depresión en uso actualmente consideran los componentes de la categoría calidad de vida. Se identificó que los instrumentos analizados en esta investigación que evalúan depresión, están impregnados de la visión médico- biológica que no considera los componentes de la calidad de vida y sólo se limitan a clasificar y diagnosticar la depresión a partir del signo y del síntoma.

El objetivo 2.- Evaluar en qué medida la incorporación de la evaluación de la calidad de vida en sujetos detectados como depresivos, puede o no aportar pautas para la detección y atención de la depresión exógena a nivel individual y colectivo se alcanzó ya que la incorporación de la evaluación de la calidad de vida, arrojó datos importantes y significativos para la identificación de componentes subjetivos de la depresión y no solo signos y síntomas.

Cubrir tanto los objetivos generales como los particulares permitió encontrar resultados que a su vez, llevaron a formular las ocho proposiciones que pueden ser elementos importantes para entender más la relación entre la calidad de vida y la

depresión exógena. Y también pudieran ayudar a identificar nuevas preguntas y rutas en otras investigaciones sobre el mismo tema.

Respecto al método utilizado, el aprendizaje obtenido (no sin tropiezos y cansancio) fue enriquecedor sobre todo por la importancia que reviste estudiar los aspectos subjetivos de la categoría calidad de vida, ya que el proceso de investigación siempre fue cambiante debido a la constante necesidad de ir y regresar entre las entrevistas, su análisis, la búsqueda de la pregunta generadora y la relación establecida con las informantes. Es decir, esta investigación necesitó una continua preparación, que exigió por un lado la preparación y análisis del trabajo diario, así como la incesante modificación de la pregunta generadora, con la cual se pretendía encontrar los aspectos subjetivos sobre la calidad de vida de las informantes y su posible relación con la depresión exógena.

Podemos concluir que en las entrevistas realizadas a estudiantes de una universidad pública en la Ciudad de México, el estudio de los componentes de la calidad de vida, sí pudieron contribuir al estudio de la depresión exógena, ya que se pudo corroborar que la calidad de vida está constituida por dos esferas: la material y la subjetiva; que cada informante tiene una apreciación de su calidad de vida y que las informantes desarrollan estrategias para vivir la vida que viven y evitar el conflicto y sentimiento de frustración al no obtener 'lo que se quiere', pero cuando estas estrategias no funcionan aparecen signos y síntomas de depresión.

Para llegar a las afirmaciones anteriores, fue necesaria y conveniente la aproximación cualitativa utilizada, pues sólo con ésta se podía explorar los aspectos subjetivos sobre la calidad de vida y depresión de las informantes. Es importante mencionar que la parte inicial de la investigación; la revisión sobre los múltiples significados de calidad de vida, las diferencias en su abordaje y su operacionalización, así como la revisión de instrumentos que miden depresión para conocer si incorporan los componentes de calidad de vida, fue punto de partida que permitió arribar a las afirmaciones mencionadas.

Sin embargo es conveniente resaltar que a pesar de que se aplicaron 98 cuestionarios, éstos no se procesaron debido a que en los objetivos planteados, no se trataba de analizarlos, sino sólo buscar estudiantes deprimidos. Pero su posterior análisis podría dar elementos importantes y significativos para conocer la prevalencia de depresión en estudiantes. Por otro lado, conviene mencionar la poca utilización que tuvo la parte del cuestionario combinado que mide condiciones de vida, que no permitió encontrar diferencias significativas entre los estudiantes, debido a que por un lado, se aplicó como estaba formulado para el proyecto urbano realizado por Blanco et. al. sin hacer las modificaciones pertinentes que pudieran arrojar las diferencias que se buscaban. Y por otro lado, al tratarse de la población de estudiantes de la universidad, existe de antemano una 'selección social' con condiciones de vida más homogéneas. Por este motivo es conveniente para posteriores investigaciones incluir elementos que permitan encontrar diferencias dentro de la homogeneidad, como por ejemplo el uso de carro para ir a la universidad, dedicación exclusiva al estudio, computadora personal, etc.

Aún cuando los objetivos se cubrieron, sería conveniente realizar otra investigación retomando los hallazgos encontrados aquí, para beneficiar, atender y prevenir la depresión exógena.

Esta investigación generó grandes aprendizajes, desde la forma de ver y entender 'al otro' (llámese sujeto o informante), hasta la forma de ver, entender, comprender e interpretar la información obtenida en cada entrevista. Todo esto lleva a ver la necesidad de conocer y trabajar un poco más la perspectiva cualitativa en la investigación, pues ayudaría a averiguar un aspecto importante e inseparable del mundo material: la subjetividad.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. México. Ed. Merck Sharp & Dohme.
- Beck A, Weissman A y et.al. (1974). *Escala de desesperanza*. México. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Beck A, Beamesderfer A. (1974). *Inventario de depresión*. México. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Bech A, Rafeelsen (1980). En The uso rating scales exemplified by comparation of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen melancholia scala. *Acta Psychiat scan*. 62.
- Berlanga, C. (1989). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión resistente*. México. *Psiquiatría*. 1989; 1:24-34.
- Berlanga, C. (1999). *El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica*. México, *Rev. Salud Mental*. 22(4):26-32.
- Blanco J, et.al. (2000). *La relación calidad de vida/territorio/salud: El caso de la Ciudad de México*. México. *En proceso de revisión editorial*.
- Blanco J, López O, Rivera J. (1997). Calidad de vida. En Eibenschutz, R (coord.). *Bases para la planeación del desarrollo urbano en la Ciudad de México*. Tomo I: Economía y sociedad en la Metrópoli, UAM/Gpo. México. Editorial Porrúa.
- Blanco J, Saéncz O. (1994). *Espacio urbano y salud*. México. Universidad de Guadalajara.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Intercultural*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Breilh, J. (1991). La salud enfermedad como proceso social. En: Varios *Reproducción social y salud*. Guadalajara. Universidad de Guadalajara.
- Bowling, A. 1994. *La medida de la salud: Revisión de escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona. Masson.

- Calderón,G. (1987). *La depresión, un problema de salud pública en aumento*. México. Revista de Psiquiatría. 3 (2):99-105.
- Calderón Narváez G. (2001). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. 2ª Edición. México. Trillas.
- Caraveo-Aduaga, et.al. (1999). *Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida*. México. Rev. Salud Mental. 22 número especial Diciembre.
- Caraveo J, et.al. (1998). *Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica*. México. Rev. Salud Mental. 21 (1): 48- 57.
- Castro Ramírez C. 2001. Calidad de vida y promoción de la salud. En Restrepo E, Malaga H. *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Colombia. Editorial Médica Panamericana. P 56-64.
- Coehlo y Coehlo (1999). Cit. en Castro Ramírez C. 2001. Calidad de vida y promoción de la salud. En Restrepo E, Malaga H. *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Colombia. Editorial Médica Panamericana.
- Comisión Independiente sobre Población y Calidad de vida. 1999. *Elegir el futuro. Un programa radical para mejora sostenible de la calidad de vida*. Madrid. IEPALA Editorial. P 81-98.
- Compas, B. Y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la Psicología. Ciencia y práctica*. México. Mc Graw Hill.
- De la Garza, E. (1994). Neoliberalismo y Estado. En *Estado y política sociales en el neoliberalismo*. Coord. Cristina Laurell. México. Friedrich Ebert.
- De la Peña, S. (1994). *Viejos y nuevos sujetos sociales*. En redefiniciones 1. México. UAM-X.
- De la Peña F, et.al. (1999). *Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial*. México. Rev. Salud Mental. Núm. Especial: 88-92.
- Dieterich, H. (2002). *Nueva guía para la investigación científica*. Colección Ariel. México. Editorial Offset.

- Dörr-Zegers O, (2002). *Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante*. México. Rev. Salud Mental. 25 (4): 1- 9.
- Doyal, L. y Gough, I. (1994). *Salud física y autonomía: Necesidades básicas de las personas*. En Teoría de las necesidades humanas. ICARIA, FUHEM. Pp. 77-124.
- Durand, V. y Cuellar, A. (1989). *Clases y sujetos sociales. Un enfoque comparativo*. México. Instituto de Investigaciones Sociales, UAM.
- Feighner J, Boyer W. (1991). *Diagnóstico de la depresión*. Inglaterra. Ed. Wiley & Son LTD.
- Frenk, et.al. (2003). En Medina-Mora ME, Borges G, G. Muñoz; et.al. (2003). *Prevalence of disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology*". Salud Mental, 26-(4); 1-16 AUG.
- Gross, R. (2004). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. 3ª Edición. México. Editorial El Manual Moderno.
- Goldberg (1972). *Cuestionario general de salud*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Hamilton. M. (1960). *Escala de depresión de Hamilton*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría (1988). *Encuesta nacional de salud mental*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Lanczik M. y Bekmann H. (1991). *Aspectos históricos de los trastornos afectivos*. En Feighner J, Boyer W. (1991). *Diagnóstico de la depresión*. Inglaterra. Ed. Wiley & Son LTD.
- Lara A, et.al. (2002). *Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención*. Rev. Salud Mental. 25 (6): 13-20.
- Laurell, AC. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En Rodríguez, Mª Isabel (coord.) *Lo biológico y lo social*. Serie Desarrollo de recursos Humanos núm. 101 OPS. Pp. 1-12.

- Laurell, AC. (1992). *Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo*. En *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. México. Friedrich Ebert.
- Laurell, C. y Márquez, M. (1983). *El desgaste obrero en México*. México. Ediciones Era.
- Laurell, AC. (1981). *La salud enfermedad como proceso social*. Revista Latinoamericana de Salud. 2(1): 7-25.
- Lazarus. (1999). En Gross, R. (2004). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. 3ª Edición. México. Editorial El Manual Moderno.
- Leibbrand y Wettley (1961). En Lanczik M. y Bekmann H. (1991). *Aspectos históricos de los trastornos afectivos*.
- Levi y Anderson (2001). En Castro Ramírez C. 2001. Calidad de vida y promoción de la salud. En Restrepo E, Malaga H. *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Colombia. Editorial Médica Panamericana.
- López O. y Blanco J. (1993). *La modernización neoliberal en salud. México en los ochentas*. En capítulo sobre impacto epidemiológico. Colección Ensayos UAM-X.
- MacKinnon R, Michels R. (1973). *Psiquiatría clínica aplicada*. México. Nueva Editorial interamericana.
- Malagón, R. (2002). *Salud en calidad de vida: un enfoque innovador*. En La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos. Saúl Franco. Colombia. Universidad Nacional de Colombia.
- Margulis, Mario. (1980). *Reproducción social de la vida y reproducción del capital*. México. Nueva Antropología año 4 Núm.13-14 México, 1980. pp 47-64.
- Max-Neff, M. Elizalde, Hopenhayn. (1986). *Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro*. Fundación Dag Hammarskjöld. Santiago de Chile. P 37-82.
- Medina-Mora ME, Borges G, G. Muñoz; et.al. (2003). *Prevalence of disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology*". Salud Mental, 26-(4); 1-16 AUG.

- Mendola y Pelligrinidice (1999). En Bowling, A. 1994. *La medida de la salud: Revisión de escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona. Masson.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Entrevista diagnóstica internacional compuesta*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Páez F y Nicolini S. (1996). *Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría*. México. Rev. Salud Mental. 19 Suplemento junio: 13-25.
- Patterson (1994). En De la Peña F, et.al. (1999). *Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial*. México. Rev. Salud Mental. Núm. Especial: 88-92.
- Pequeño Larousse (2005). México, Ediciones Larousse.
- Price y Grapo (1999). En Bowling, A. 1994. *La medida de la salud: Revisión de escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona. Masson.
- Pérez y Farías, et.al. (2003). *Un estudio sobre la estabilidad temporal del MMPI-A con un diseño test-retest en estudiantes mexicanos*. Rev. Salud Mental. 26(2): 59-66.
- Pichot, P. (1983). *DSM-III Manual diagnóstico de trastornos mentales*. American Psychiatric Association. Washintog. Ed. Masson.
- Préteceille, E. (1977). Necesidades sociales y socialización del consumo. En JP Terral, et.al.: *Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual*. México. Grijalbo, pp 35-90.
- Radloff, LS. (1977). *Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CES-D*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Reyes O, et.al. (2003). *Actualización de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana*. México. Rev. Salud Mental. 26(1): 59-63.
- Seminario Nacional Familia, Infancia y Calidad de vida. 1993. Colombia. Instituto Colombiano de bienestar familiar, Fundación Bernard Van Leer. Universidad del Norte.

- Shin y Jonson (1994). En Bowling, A. 1994. *La medida de la salud: Revisión de escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona. Masson.
- Schalock (1996). En Verdugo M., Martín M. 2002. *Autodeterminación y calidad de vida en la salud mental: Dos conceptos emergentes*. México. Salud Mental. 25:4 agosto.
- Szasz (). En Gross, R. (2004). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. 3ª Edición. México. Editorial El Manual Moderno.
- Terroba G, Saltjeral T, Padilla P. (1986). *Escalas de depresión, desesperanza, ideación suicida y consumo de alcohol*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Titelman, D. Uthoff, A. Jiménez, L.F. (2000). *Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad*. Revista Panamericana de Salud Pública 2000; 8(1/2): 112-117.
- Verdugo M., Martín M. 2002. *Autodeterminación y calidad de vida en la salud mental: Dos conceptos emergentes*. México. Salud Mental. 25:4 agosto.
- Zung, W. (1965). *Escala de depresión*. México. Instituto Nacional de Psiquiatría.

ANEXOS

Anexo 1 Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D.

Instrucciones: Nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante la semana pasada. Por favor, lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) en que te sentiste así la semana pasada.

Durante la semana pasada, cuántos días te sentiste así	Número de días			
	0	1-2	3-4	5-7
1.- Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.				
2.- No tenía hambre, ni tenía apetito.				
3.- Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con ayuda de mi familia o amigos(a).				
4.- Sentía que era tan bueno(a) como los demás.				
5.- Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo.				
6.- Me sentí deprimido(a).				
7.- Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8.- Veía el futuro con esperanza.				
9.- Pensé que mi vida era un fracaso.				
10.- Tenía miedo.				
11.- Dormía sin descansar.				
12.- Estaba feliz.				
13.- Platicué menos de lo normal.				
14.- Me sentía solo(a).				
15.- Sentí que la gente era poco amigable.				
16.- Disfruté de la vida.				
17.- Lloraba a ratos.				
18.- Me sentía triste.				

19.- Sentía que no le caía bien a los demás.				
20.- No podía seguir adelante.				

Anexo 2. Cuestionario modificado de calidad de vida de Blanco, López y Rivera.

Instrucciones. Contesta las preguntas marcando con una x una sola de las respuestas de entre las opciones, con número en las que se pida la cantidad o número, o proporciona la respuesta que se te solicita.

1.- Incluyéndote a ti. ¿Cuántas personas viven o residen permanentemente en tu vivienda, aunque no sean tus familiares directos?_____.

2.- ¿Cuántas de esas personas son familiares directos?_____.

3.- ¿En qué clase de vivienda habitas?

- (.) Refugio
- () Cuarto de azotea
- () Casa en vecindad
- () Departamento en edificio
- () Casa sola
- () Otro

4.- ¿De qué material están hechas la mayor parte de las paredes o muros de tú vivienda?

- () Materiales de desecho
- () Carrizo, bambú o palma
- () Madera
- () Lámina de asbesto o metálica
- () Adobe
- () Tabique, tabicón, block, piedra, mampostería o cemento
- () Otros materiales
- () No sé

5.- ¿De qué materiales es la mayor parte del piso?

- () Tierra
- () Cemento o firme
- () Madera, mosaico u otros recubrimientos
- () No sé

6.- ¿De qué material es la mayor parte del techo de tú vivienda?

- () Lámina de cartón
- () Palma, tejamil o madera
- () Lámina de asbesto o metálica
- () Teja

- Losa de concreto, tabique o ladrillo
- Otros materiales
- No sé

7.- ¿Dispones de agua entubada en tú vivienda?

Si_____ No_____ ¿De dónde la obtienes?

- De la llave pública o hidrante
- Fuera de la vivienda pero dentro del edificio, vecindad o terreno
- Dentro de la vivienda
- Otro (específica) _____

8.- ¿Tiene drenaje tú vivienda?

- No tiene drenaje
- Si tiene

En caso de contestar Si desagua en:

- En el suelo o a un caño
- En una fosa séptica
- En la red pública
- Otros
- No sé

9.- ¿Tiene luz eléctrica tú vivienda?

- No
- Sí (instalación provisional)
- Sí (instalación definitiva)

10.- ¿Cuántos cuartos hay en tú vivienda sin contar la cocina, baños y pasillos?
_____.

11.- ¿Cuántos de esos cuartos se usan como dormitorio?_____.

12.- ¿Tú vivienda es:

- Prestada
- Rentada
- Propia (con hipoteca)
- Propia
- No sé

13.- En caso de que sea rentada ¿Cuánto pagan mensualmente?_____.

14.- ¿Habitualmente en que lugar hacen sus compras de despensa en tu familia?

- a.- Tienda del barrio
- b.- Tianguis
- c.- Mercado público
- d.- a y b o a y c

15.- ¿Cuánto gasta tu familia semanalmente en despensa?

- Cantidad aproximada _____
- No sé

16.- ¿Qué medio de transporte usas habitualmente para ir a la universidad y/o trabajo?

- Camino
- Bicicleta
- Autobús
- Colectivo
- Autobús o colectivo y metro
- Metro
- Automóvil

17.- ¿Cuánto tiempo tardas en transportarte de tu casa a la universidad y/o trabajo y viceversa?

- Más de 4 horas
- Entre 1 y menos de 2 horas
- Media hora o menos

18.- ¿Cuántos días de descanso tienes a la semana?

- No descanso
- Un día
- Dos días
- Tres o más

19.- ¿Eres derechohabiente de alguna institución de salud? Si_____ No_____

19^a.- En caso de haber contestado Si a cuál instituciones eres derechohabiente_____.

20.- ¿Cuál es el servicio de salud que más has ocupado en los últimos seis meses?

- Ninguno
- Dispensario
- Centro de Salud SSa
- Clínica del IMSS
- Clínica del ISSSTE
- PEMEX
- Consultorio privado
- Sanatorio privado
- Otro específica

21.- ¿Tienes derecho a prestaciones? Si_____ No_____ No sé_____

21a.- En caso de haber contestado Si menciona que prestaciones tienes.

Anexo 3. Cuestionario combinado.

Este cuestionario tiene tres partes: la primera es una ficha de identificación; en la segunda vas a escoger una de entre cuatro opciones como se te indicará más adelante; en la tercera se te va a pedir que contestes si o no según el caso, que elijas de entre varias opciones y también que respondas como se te va a ir indicando en su momento. Gracias nuevamente por participar con tus respuestas.

PRIMERA PARTE DEL CUESTIONARIO

Ficha de identificación.

Nombre _____.

Edad _____

Estado civil _____.

Hijos: No _____. Si _____. Cuántos _____ Edad _____

Domicilio:

Calle _____ Núm. _____ Colonia _____

Delegación _____.

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Trabajo:

No _____. Si _____. Otro (especifica) _____

Qué haces en tu trabajo _____

Estudios actuales:

Carrera _____ Trimestre _____.

Repetidor: Si _____. No _____.

Otra carrera o estudios:

SEGUNDA PARTE DEL CUESTIONARIO

Instrucciones: Nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido durante la semana pasada. Por favor, lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) en que te sentiste así la semana pasada.

Durante la semana pasada, cuántos días te sentiste así	Número de días			
	0	1-2	3-4	5-7
1.- Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.				
2.- No tenía hambre, ni tenía apetito.				
3.- Sentía que no podía quitarme la tristeza, ni con ayuda de mi familia o amigos(a).				
4.- Sentía que era tan bueno(a) como los demás.				
5.- Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo.				
6.- Me sentí deprimido(a).				
7.- Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8.- Veía el futuro con esperanza.				
9.- Pensé que mi vida era un fracaso.				
10.- Tenía miedo.				
11.- Dormía sin descansar.				
12.- Estaba feliz.				
13.- Platiqué menos de lo normal.				
14.- Me sentía solo(a).				
15.- Sentí que la gente era poco amigable.				
16.- Disfruté de la vida.				
17.- Lloraba a ratos.				
18.- Me sentía triste.				
19.- Sentía que no le caía bien a los demás.				
20.- No podía seguir adelante.				

TERCERA PARTE DEL CUESTIONARIO

Instrucciones. Contesta las preguntas marcando con una x una sola de las respuestas de entre las opciones, con número en las que se pida la cantidad o número, o proporciona la respuesta que se te solicita.

1.- Incluyéndote a ti. ¿Cuántas personas viven o residen permanentemente en tu vivienda, aunque no sean tus familiares directos?_____.

2.- ¿Cuántas de esas personas son familiares directos?_____.

3.- ¿En qué clase de vivienda habitas?

- Refugio
- Cuarto de azotea
- Casa en vecindad
- Departamento en edificio
- Casa sola
- Otro

4.- ¿De qué material están hechas la mayor parte de las paredes o muros de tú vivienda?

- Materiales de desecho
- Carrizo, bambú o palma
- Madera
- Lámina de asbesto o metálica
- Adobe
- Tabique, tabicón, block, piedra, mampostería o cemento
- Otros materiales
- No sé

5.- ¿De qué materiales es la mayor parte del piso?

- Tierra
- Cemento o firme
- Madera, mosaico u otros recubrimientos
- No sé

6.- ¿De qué material es la mayor parte del techo de tú vivienda?

- Lámina de cartón
- Palma, tejamil o madera
- Lámina de asbesto o metálica
- Teja
- Losa de concreto, tabique o ladrillo
- Otros materiales
- No sé

7.- ¿Dispones de agua entubada en tú vivienda?

Sí_____ No_____ ¿De dónde la obtienes?

- De la llave pública o hidrante

- Fuera de la vivienda pero dentro del edificio, vecindad o terreno
- Dentro de la vivienda
- Otro (especifica) _____

8.- ¿Tiene drenaje tú vivienda?

- No tiene drenaje
- Si tiene

En caso de contestar Si desagua en:

- En el suelo o a un caño
- En una fosa séptica
- En la red pública
- Otros
- No sé

9.- ¿Tiene luz eléctrica tú vivienda?

- No
- Sí (instalación provisional)
- Sí (instalación definitiva)

10.- ¿Cuántos cuartos hay en tú vivienda sin contar la cocina, baños y pasillos?

_____.

11.- ¿Cuántos de esos cuartos se usan como dormitorio? _____.

12.- ¿Tú vivienda es:

- Prestada
- Rentada
- Propia (con hipoteca)
- Propia
- No sé

13.- En caso de que sea rentada ¿Cuánto pagan mensualmente? _____.

14.- ¿Habitualmente en que lugar hacen sus compras de despensa en tu familia?

- a.- Tienda del barrio
- b.- Tianguis
- c.- Mercado público
- d.- a y b o a y c

15.- ¿Cuánto gasta tu familia semanalmente en despensa?

- Cantidad aproximada _____
- No sé

16.- ¿Qué medio de transporte usas habitualmente para ir a la universidad y/o trabajo?

- Camino
- Bicicleta
- Autobús
- Colectivo
- Autobús o colectivo y metro
- Metro

Automóvil

17.- ¿Cuánto tiempo tardas en transportarte de tu casa a la universidad y/o trabajo y viceversa?

- Más de 4 horas
- Entre 1 y menos de 2 horas
- Media hora o menos

18.- ¿Cuántos días de descanso tienes a la semana?

- No descanso
- Un día
- Dos días
- Tres o más

19.- ¿Eres derechohabiente de alguna institución de salud? Si_____ No_____

19ª.- En caso de haber contestado Si a cuál instituciones eres derechohabiente_____.

20.- ¿Cuál es el servicio de salud que más has ocupado en los últimos seis meses?

- Ninguno
- Dispensario
- Centro de Salud SSa
- Clínica del IMSS
- Clínica del ISSSTE
- PEMEX
- Consultorio privado
- Sanatorio privado
- Otro específica

21.- ¿Tienes derecho a prestaciones? Si_____ No_____ No sé_____

21a.- En caso de haber contestado Si menciona que prestaciones tienes.

Si estás de acuerdo con lo que dice el siguiente párrafo por favor firma al pie del mismo.

Contesté voluntariamente este cuestionario y fui informado(a) sobre los objetivos de la investigación y sobre los usos que se harán de él. Asimismo fui informado(a) sobre las formas en las que se asegurará la confidencialidad y anonimato de lo que contesté en este cuestionario.

Firma

Agradecemos nuevamente tu participación.