

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2015.

Calidad de vida: campo de intervención del psicólogo comunitario.

Garzaniti, Ramiro y Noriega, Javier.

Cita:

Garzaniti, Ramiro y Noriega, Javier (2015). *Calidad de vida: campo de intervención del psicólogo comunitario. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/595>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/5T7>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CALIDAD DE VIDA: CAMPO DE INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO COMUNITARIO

Garzaniti, Ramiro; Noriega, Javier

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Argentina

RESUMEN

Este trabajo presenta una investigación bibliográfica acerca de la calidad de vida, haciendo un recorrido histórico del término. La misma es realizada con el objetivo de indagar su relación con la psicología comunitaria como disciplina y con el campo de intervención del psicólogo comunitario. El concepto de calidad de vida en la modernidad comienza a ser usado a partir de los cambios que introduce la Revolución Industrial en las sociedades occidentales desde fines del siglo XVIII llegando a los ámbitos académicos como objeto de estudio de las ciencias sociales en el década del 1970. Esta se conceptualiza a partir de la compleja interacción entre factores objetivos (condiciones externas que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre) y subjetivos (valoración que el sujeto hace de su propia vida, identificada con la categoría de bienestar psicológico). La psicología comunitaria es una práctica dirigida al colectivo social, con un emplazamiento territorial delimitado, tomando como componente principal a la comunidad y donde el equipo multidisciplinario de salud es colaborador, gestionando salud positiva. Es en esta gestión de salud positiva con la comunidad que la calidad de vida se constituye como campo de trabajo elemental del psicólogo comunitario.

Palabras clave

Calidad de vida, Psicología Comunitaria, Salud Comunitaria

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE: INTERVENTION AREA OF THE COMMUNITY PSYCHOLOGIST

This paper presents a bibliographic research about the quality of life, making an inquiry about the history of the concept. The objective of the research is to investigate the relations between the concept, the community psychology as a discipline and the intervention area of the community psychologist. The use of quality of life as a concept started in the modernity as a consequence of Industrial Revolution's changes at the end of 18th century and came to the academia in the 1970's as research are of social sciences. The concept is conceptualized as a complex interaction between objective factors (the external condition that makes easier or harder the human development) and subjective factors (the evaluation that the subject makes of his own life, identified with the category of psychological welfare). The community psychology is a practice directed to the social collective, with a delimited territory, where the main component is the community and the multidisciplinary health team is a collaborator, promoting positive health. It is in the promotion of positive health with the community where the quality of life is taken as a central field of intervention for the community psychologist.

Key words

Quality of life, Community Psychology, Community Health

Introducción

El término calidad de vida es un concepto polisémico y multidimensional, por lo que puede tomar distintas definiciones.

Las primeras referencias se remontan a la antigua Grecia, donde, desde la ética y la filosofía, se debatía acerca de la calidad de vida en contraposición al sufrimiento de cada individuo. En la época moderna, su uso resurge en relación a los derechos humanos, ciudadanos y laborales, problemáticas que nacen de la mano del incipiente capitalismo de fines del siglo XVIII y el siglo XIX (Victoria García-Viniegras, 2008). Se puede decir entonces que su desarrollo tiene dos fases claramente delimitadas: un primer momento que surge con las primeras civilizaciones occidentales y se extiende prácticamente hasta finales del siglo XVIII, donde la preocupación central era la salud privada-individual; un segundo momento que comienza con el desarrollo del capitalismo de la mano de la Revolución Industrial y el nacimiento de los Estados Modernos. De todas formas no existen referencias bibliográficas sobre la calidad de vida anteriores al siglo XX (Jiménez-Domínguez y Gomez, 1996), por lo que se debe recurrir a conceptos estrechamente relacionados como bienestar o felicidad.

Durante el siglo XIX se publican el "Informe Chadwick" (1842) en Inglaterra y el "Informe Shattuk" (1850) en Estados Unidos que son considerados como los comienzos de una acepción de la Salud Pública (ibidem). En estos, se hacía referencia a los aspectos de salud y de bienestar social a partir de las condiciones de trabajo, la dieta y el sistema alimenticio, la tasa de mortalidad y la esperanza de vida, el sistema de escolarización y el estado de las viviendas.

Los primeros usos del término en el siglo XX se remontan a la década del '30 (Tonon, 2008) y vienen del campo de la economía, donde el economista Pigou se refería a la posibilidad de cuantificar y medir la calidad de vida como herramienta del Estado de Bienestar. El creciente uso del término en el siglo XX está estrechamente relacionado con el aumento de la esperanza de vida, donde toman relevancia las problemáticas relacionadas a la vejez y el creciente número de personas que padecen enfermedades crónicas. A partir de esto se recupera el concepto asociándolo a pensar más allá de la mera cantidad de vida como índice de bienestar (Victoria García-Viniegras, 2008).

En la década del '60 del último siglo, el término comenzó a ser usado dentro del campo de la política y en los 70 se instala en el ámbito académico como preocupación de las ciencias sociales, solapada con otros conceptos (Jiménez-Domínguez, B. y Gomez, 1996; Victoria García-Viniegras, 2008). En este contexto, y desde la Universidad de Michigan, Campbell, Converse y Rodgers publican en 1976 "*The quality of american life: perceptions, evaluation and satisfactions*" como resultado de una investigación iniciada en 1971 acerca de la percepción de una comunidad sobre su calidad de vida (en Tonon, 2008). Esta publicación se puede considerar como la primera investigación acerca de la calidad de vida realizada desde un ámbito académico.

Hoy en día, la ONU propone medir la calidad de vida teniendo en

cuenta los siguientes componentes: 1) Salud 2) Alimentación 3) Educación 4) Trabajo 5) Vivienda 6) Seguridad Social 7) Vestidos 8) Ocio 9) Derechos Humanos. Los resultados de estas mediciones forman parte del Índice de Desarrollo Humano (IDH).

Como vemos, a lo largo de la historia el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por una continua ampliación. En un primer momento apareció haciendo referencia estrictamente al bienestar personal para luego extenderse a la salud e higiene pública, considerando además derechos laborales, civiles y derechos humanos. Finalmente, se comenzó a considerar la percepción de la calidad de vida de los propios sujetos, agregándole una dimensión subjetiva. Es esta ampliación del término la que lo vuelve polisémico, multidimensional e incluso a veces, difuso. Es por esta razón que creemos necesario realizar una definición del término que nos permita operacionalizarlo.

Desarrollo

La **calidad de vida** es una *medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, habiendo una compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos* (Levi y Anderson, 1980; Domínguez, B. y Gomez, 1996; Cabrera García y cols., 1998; Victoria García-Viniegras, 2008).

Los factores objetivos constituyen las condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales) que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre y su personalidad. Entonces, la calidad de vida está condicionada por la estructura social, que puede ser considerada en términos de características demográficas, pautas culturales, características psicosociales de la comunidad, como también en términos de las características de las instituciones, tanto en el ámbito estatal como en el privado, que desarrollan su accionar en ese contexto (Tonon, 2008).

Los factores subjetivos, por otra parte, están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida. Se los identifica con la categoría de bienestar psicológico entendida como *“la dimensión subjetiva de la calidad de vida, su vivencia personal, de carácter relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción respecto a la vida”* (Victoria García-Viniegras, 2008: 22). Esta satisfacción o insatisfacción respecto a la vida es resultado del balance entre las expectativas (proyección de futuro) y los logros (valoración del pasado y el presente) en las áreas de mayor interés para la persona, el equilibrio con su entorno, así como una relativa armonía y acción simultánea entre las motivaciones conscientes e inconscientes.

De lo anterior se desprende que las condiciones materiales serán condición necesaria pero no suficiente para una buena calidad de vida. La calidad de vida, entonces, no es un reflejo de la presencia o ausencia de condiciones materiales predeterminadas, sino que depende de la valoración que cada sujeto realice de las mismas.

En relación y consecuencia con esta definición de calidad de vida, entendemos al sujeto de forma fenomenológica, experiencial y dinámica, como un **momento** activo y permanente de tensión, contradicción y desarrollo en la confrontación necesaria entre la subjetividad social y la individual. Este aparece constantemente comprometido de forma simultánea en una multiplicidad de escenarios tanto macro como micro sociales (Tonon, 2008; González Rey, 2008). Si consideramos al sujeto de esta forma, es decir con cierto margen de libertad aun siendo cooptado por estructuras previas a él (tales como la cultura y la sociedad), se vuelve inviable sostener un concepto normativo de calidad de vida.

A nivel comunitario, los estudios sobre la calidad de vida suelen centrarse en la consideración de variables objetivas (desde un enfoque sociológico y económico), utilizando la metodología de indi-

cadore de corte sociodemográfico. Dentro de las dimensiones que son exploradas en este tipo de investigaciones podemos ubicar: económica, ambiental, habitacional, de desarrollo social, de trabajo, de infraestructura y servicios, de medio ambiente, educativa, de arte y cultura, etc. (Victoria García-Viniegras, 2008).

Si bien esta información es de gran utilidad para la toma de decisiones desde niveles centrales que busquen mejorar las condiciones de vida de las comunidades, este tipo de estudios dejan de lado cómo se expresan estos valores en los sujetos particulares.

No puede olvidarse que las condiciones objetivas de la calidad de vida se refractan a través de las aspiraciones, las expectativas vividas y conocidas, las necesidades y valores de las personas, sus actitudes y emociones, y es mediante este proceso que se convierten en bienestar subjetivo. Es trabajo central de la psicología el análisis de los procesos que conducen al bienestar psicológico y los elementos que lo integran. Es aquí donde queremos resaltar la tarea del psicólogo comunitario, como trabajador de la salud, para favorecer el desarrollo de los aspectos subjetivos de la calidad de vida. Calidad de vida y salud tienen una doble relación, ya que la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y, al mismo tiempo, un resultado de ella. La salud es entendida aquí como un proceso de relativo bienestar bio-psico-socio-cultural. Es un fenómeno complejo del cual depende el desempeño de las personas en el vivir cotidiano (Saforcada, 1999). Se desprende de aquí la importancia central que tiene la salud como condición necesaria para el desarrollo de la calidad de vida de cualquier sociedad.

El proceso de salud humana es un fenómeno complejo, ecosistémico, y de naturaleza social. La salud de cada persona y de cada comunidad se constituyen, se determinan y se condicionan recíprocamente (PINAL, 2011). Por esta razón, no puede existir una comunidad donde un conjunto (por más pequeño y privilegiado que sea) tenga buenas condiciones de salud mientras que el resto se vea afectada en dichas condiciones.

La salud es un derecho humano fundamental y el Estado es quien se hace cargo de garantizar las condiciones necesarias para un desarrollo óptimo de la misma. Pero, a su vez, el Estado se ha presentado históricamente no solo como el garante de las condiciones óptimas de salud de la población, sino como el agente encargado de asegurar la salud de sus habitantes, situación que lo coloca en una posición de poder incuestionable frente a los sujetos particulares y las comunidades.

Consideramos que esto último es uno de los puntos principales a revertir desde la **psicología comunitaria** entendida como *práctica dirigida al colectivo social, con un emplazamiento territorial delimitado, en relación a sectores u organizaciones con ampliación de sus fines sociales, incrementando su contenido crítico y con aplicación de tecnologías y técnicas provenientes de la psicología social y la psicología clínica, o del desarrollo* (De Lellis, 2010).

El panorama actual nos posiciona frente a comunidades viviendo bajo la forma de lo que Jimenez-Dominguez (2008) marca como democracias delegadas, donde los habitantes se constituyen como consumidores que se contentan con un voto cada cierto número de años y donde su participación queda relegada al polo de la intención, vaciándose así el sentido del modelo democrático (Castoriadis, 1990). Es la participación en el aspecto político justamente el factor que posibilita que los dos supuestos que caracterizan a una democracia real se cumplan: que todas las personas tengan participación real en el poder y que los gobernantes estén sometidos al control efectivo y permanente de los gobernados. Del lado de la Psicología Comunitaria la participación de la comunidad constituye un principio ético para promover el pleno ejercicio de la ciudadanía

entendida como la conquista de los derechos civiles y sociales por parte de los ciudadanos (Jiménez Domínguez, 2008).

Lo que subyace aquí es una decisión de central importancia: dejar de manejarse según valores universales (la democracia como el central) y aceptar la diversidad (Bauman, 2001). Consideramos que es inadmisibles pensar valores universales para personas y grupos en contante contradicción (pensando al sujeto como lo definimos anteriormente). Toma, entonces, central importancia el concepto de participación explicitado anteriormente.

En sintonía con lo expuesto es que sostenemos como imperativo ético que los abordajes comunitarios de la calidad de vida y la salud deben realizarse desde el paradigma de Salud Comunitaria (Saforcada y De Lellis, 2010). Este está constituido por un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de los ámbitos académicos sino de las comunidades y donde:

- El componente principal es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante.
- Se gestiona salud positiva, no se gestiona enfermedad, si bien, lógicamente, se la atiende con total empeño. De esto se desprende que su eje teórico práctico es la epidemiología positiva, de la salud.

Así, en toda acción de salud con la comunidad, serían los habitantes de la misma aquellos que deberían definir cuáles son los problemas que afectan su propia calidad de vida y las mejores maneras de afrontarlos. Esto se torna indispensable si se tiene en cuenta que aquello que los individuos entienden por bienestar nunca es estático. Esto varía de una sociedad a otra, varía a través de las épocas y las etapas de desarrollo social dentro de una misma sociedad, y varía dentro de cada individuo según las etapas de su vida, lo que le da al bienestar un carácter vivencial personal e irrepetible.

Comentarios Finales

En la actualidad, la evaluación de la calidad de vida implica la participación de los ciudadanos en la determinación de lo que les afecta (Casas 1999). Por ende, el tratamiento que se le brinde a la calidad de vida siempre será político. Esto se realiza en sintonía con la estrategia de Atención Primaria de la Salud y la promoción de la salud (Declaración de Alma-Ata, 1978; Carta de Ottawa, 1986).

Es central que el trabajo del psicólogo comunitario para el desarrollo de la calidad de vida en la comunidad no constituya una mera intervención externa, sino que genere participación de sus miembros, tanto en el diagnóstico de debilidades y fortalezas, así como en las acciones que se lleven a cabo para solucionar los problemas detectados. De esta forma será la misma comunidad quien desarrolle estas capacidades y quien se hará cargo, en forma paulatina, de la gestión de su propia salud.

Se trata de un modelo verdaderamente democrático que incorpora a la comunidad en sus esquemas de trabajo. Esto permite ver el valor de todo proyecto comunitario, dado que si se mantienen y refuerzan este tipo de proyectos, se generará una progresiva mejora en las condiciones de salud para todos los habitantes.

El psicólogo comunitario aportará al estudio de la calidad de vida la comprensión de su dimensión subjetiva, como campo específico de la psicología. Este será capaz de indagar sobre los correlatos psicológicos de la calidad de vida y su relación con las condiciones objetivas que forman la misma.

Sin embargo, la complejidad que envuelve al sujeto y las comunidades obliga al psicólogo a trabajar de forma interdisciplinaria con otros profesionales: trabajadores sociales, médicos, abogados, sociólogos, promotores de salud, etc. El trabajo interdisciplinario se

vuelve condición necesaria para un abordaje que no sea reduccionista y permita entender e intervenir en la vida de las comunidades. Mejorar la calidad de vida debe conducir necesariamente a la liberación de la opresión, a la adquisición del control y el poder sobre las propias circunstancias de vida. Por esta razón, los estudios sobre la calidad de vida y los abordajes sobre la misma, constituyen herramientas fundamentales que pueden aportar a una Psicología de la Liberación, entendida como el estudio de los procesos psicosociales en condiciones de dominación y los mecanismos que dan lugar a la comprensión de las circunstancias de vida y, a partir de ello, a la modificación y transformación de dicha situación (Martin-Baró, 1986; Jiménez-Domínguez, B. 2008).

La calidad de vida debe ganar centralidad como objeto de intervención de las ciencias sociales y de la salud contribuyendo al estudio del bienestar de las personas (desde la perspectiva del bienestar físico y psicológico), aportando a la relación de las necesidades materiales con las socio-afectivas e integrando mediciones psicológicas y sociales de percepción y evaluación de las propias experiencias de los sujetos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Z (2001). *Ética posmoderna*. México: Siglo XXI
- Cabrera García, E; Victoria García-Viniegras, C; Agostini Suris, M. (1998). *Modelo teórico metodológico para evaluar la calidad de vida*. Informe de resultado. La Habana: Centro de investigaciones psicológicas y sociales.
- Carta de Ottawa. OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1986).
- Casas, F. (1999). *Calidad de vida y calidad humana*. Revista Papeles del Psicólogo Nº 74. Madrid.
- Castoriadis, C. (1990). *Ciudadanos sin brújula*. México: Ediciones Coyoacán.
- Colectivo del Proyecto Intracomunitario de Neurodesarrollo en San Luis, PINAL (2011). *La estrategia de mínimo operante en el desarrollo salubrista de comunidades*. San Luis: Nueva editorial universitaria.
- De Lellis, M (2010). *Políticas públicas y salud comunitaria*. En *Neurociencias, salud y bienestar comunitario*. San Luis: Nueva editorial universitaria. Universidad de San Luis
- Declaración de ALMA-ATA y generalidades. OMS (Organización Mundial de la Salud) - Unicef (1978).
- Victoria García-Viniegras, C. (2008). *Calidad de vida. Aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Gonzalez Rey, F. (2008). Capítulo 1: *Subjetividad y psicología crítica: implicaciones epistemológicas y metodológicas*. En Jiménez-Domínguez, B. comp. "Subjetividad, participación e intervención comunitaria". Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Jiménez-Domínguez, B. y Gómez, (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. En Buela Casal, G., y col (Eds), "Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud". Madrid: Siglo XXI.
- Jiménez-Domínguez, B. (2008). *Introducción y Capítulo 2: Ciudadanía, participación y vivencia comunitaria*. En Jiménez-Domínguez, B. comp. "Subjetividad, participación e intervención comunitaria". Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.
- Martin-Baró, I. (1986). *Hacia una Psicología de la Liberación*, en Blanco, A. comps., "Psicología de la liberación". Madrid: Trotta.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria - Análisis crítico de los Sistemas de Atención de la Salud*. Paidós. Buenos Aires: Trama Social.
- Tonon, G. (2008). *Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva*. Revista Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad nº 10. Buenos Aires: Universidad de Palermo.