

Tema de reflexión

¿Calidad o clase de vida?

Arturo Lozano Cardoso¹

¹Dpto. de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.

Antes de tratar lo que se entiende como calidad de vida, es preciso meditar sobre la opinión subjetiva del ser humano de cómo son o serían sus percepciones de salud física, y de las relaciones sociales orientadas hacia el bienestar general.

La definición de calidad de vida, se aplica o dirige a individuos con discapacidades o enfermos, y se emplea muy laxamente por terceras personas, incluso de la profesión médica, sin hacer una evaluación exhaustiva del diagnóstico de sus enfermedades, de las condiciones físicas, de los tratamientos, del pronóstico, de la posibilidad de rehabilitación, de su seguimiento y queda finalmente como una abstracción, algo que requiere una definición más precisa.

Para completar estas aclaraciones y poder hacer reflexiones, hay que tener en cuenta cuál es su opinión sobre calidad de vida y exteriorizarla, cómo serían sus experiencias y circunstancias vitales, satisfacciones, placeres, capacidad en sus actividades cotidianas, tanto las vitales como las instrumentadas, su ambiente habitual, su trabajo, su condición socioeconómica, sus necesidades, sus redes de apoyo, todas estas interrogantes y aclaraciones van en el sentido general de sentirse "bien". De hecho, debería cambiarse el término de calidad de vida por **clase de vida** aunque en la exposición de este trabajo continuaré hablando de calidad de vida, sin dejar de emplear el término de "Clase de Vida".

El diccionario español de sinónimos y antónimos cuyo autor es Sains de Robles, ed. Aguilar, segunda reimpresión 1990, tiene 20 sinónimos de **calidad** algunos son: Aptitud, disposición, nobleza, carácter, índole, naturaleza, etc., y de calidad agrega: Mala, buena y excelente.

En esta presentación considero básico, agregar para integrar calidad o clase de vida el concepto de lo que es salud. La OMS, define a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo con la ausencia de enfermedades o incapacidades. La salud es un equilibrio armónico de todas las funciones del ser humano. Este concepto debe entenderse como una fuente de riqueza en la vida cotidiana. La buena salud constituye el mejor recurso para el progreso personal, además de poseer un gran potencial hacia el bienestar económico, social y familiar. Debe borrarse el prejuicio de que la salud es un bien que puede ser comprado, o que es el resultado del destino o de la suerte, o que puede obtenerse en una clínica del Seguro Social o del ISSSTE, y se podría agregar

además, que la salud no es la ausencia de dolores o molestias; la salud, es tener un alto nivel de bienestar, satisfacciones y placeres personales, energía, ánimo por la vida y también por la felicidad; la salud es un modo de ser, es una forma de vivir, es una manera de obtener dignidad ante la vida. La buena salud repercutirá indiscutiblemente sobre la clase de vida del hombre y de la comunidad. Las medidas, el funcionamiento y valoración sobre calidad de vida tienen dificultades objetivas y subjetivas; sin embargo, son calificables y reales las medidas de calidad de vida.

Las diversas definiciones de calidad de vida hacen hincapié en la importancia que tiene la manera en que el individuo percibe sus circunstancias vitales: factores que existen con diferentes grados y matices, permanencia en el tiempo, y que son, entre otras cosas, cuantitativos o cualitativos. Como ejemplo, podría ponerse quienes presentan trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, estrés postraumático, falta de apoyo social o de educación. Estos factores con seguridad alteran las percepciones, y precisamente porque son apreciaciones individuales, influyen en la calidad o clase de vida. Existen comunicaciones con aplicaciones de test entre grupos, un grupo control sano con otro grupo con trastornos afectivos y de ansiedad, que intentan hacer correlaciones, cruzamientos con ambos grupos y análisis de resultados.

Rapaport y col. de la Universidad de Columbia USA, hacen una valoración a través de investigar salud física, relaciones sociales, capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana, capacidad para desplazarse físicamente, estados de ánimo, relaciones familiares, impulso y deseos sexuales, dedicación y tiempo a aficiones o hobbies, al trabajo, a actividades recreativas, su situación económica, actividades domésticas, condiciones de vivienda y la sensación general de sentirse bien; a estos factores se agregaron dos más, medicamentos, satisfacción y conformidad con su propia vida durante la última semana. El grupo se integró con una mayoría de mujeres blancas con edades de 36 a 42 años, más de la mitad estaban casadas, la mayoría con trabajo remunerado, más de las tres cuartas partes con estudios universitarios. Este estudio puede cuestionarse, ya que tiene poco seguimiento, y factores muy cambiantes y dinámicos; corresponde a un grupo y clase social minoritario de país desarrollado aunque el cuestionario fue resuelto positivamente en un 90%; además no incluye la población vieja,

que sería de gran interés para los estudiosos de la geriatría; al final de esta lectura me referiré a dos trabajos nacionales que analizan salud y bienestar.

Otro grupo comparativo estuvo compuesto con variables predictivas como demográficas, edad, sexo, enfermedades y su duración, comorbilidad, gravedad de síntomas específicos de cada enfermedad identificados por trastornos afectivos y de ansiedad, depresión crónica, distimia, trastornos disfóricos premenstruales, trastornos por estrés postraumático, trastornos de angustia, fobias sociales y trastornos obsesivos compulsivos. Para el diagnóstico se utilizó la escala de depresión de Hamilton, la escala Yale-Brown para las obsesiones, la de Liebowitz de ansiedad para la fobia social, la de Daily Rating of Severity of Problems Form para el trastorno disfórico premenstrual. Para los trastornos por estrés postraumático, se realizó y calificó mediante criterios médicos clínicos. Entre otras conclusiones se cree demostrar que los individuos con trastornos depresivos mayores, la depresión crónica bipolar y los de estrés postraumático representaron las puntuaciones más bajas de calidad de vida.

Los casos de depresión crónica tuvieron un 84% de afección con apenas 1.7% de buena calidad de vida. La depresión mayor un 63% y 5%; los casos por estrés postraumático 59% y 8%, la distimia 57%, los disfóricos premenstruales 35% y 25%, los obsesivos compulsivos 30% y 28%, los fobia social 18% y 30%, los de angustia 18% y 24% respectivamente. El 37% con depresión postraumática la había padecido a lo largo de su vida. Esta información debe conocerse y aprovecharse en los servicios de atención primaria.

Los individuos con trastornos de angustia, fobia social y los obsesivos compulsivos mostraron mayor deterioro con respecto a las relaciones sociales, familiares, capacidad para actuar y vivir, pero, en cambio, menos deterioro en lo referente a la salud física, trabajo, actividades domésticas, sexo, condiciones de vida y capacidad para movilizarse y caminar; sin embargo, es posible que no todos los individuos valoren uniformemente las áreas englobadas como calidad o clase de vida, de tal manera, que alguna de ellas no reflejan correctamente la idea general que puede tener un individuo.

En lo referente a los trastornos de ansiedad específicamente actúan poco sobre la movilidad fuera del hogar. Los trastornos obsesivo-compulsivos son más limitantes para el éxito laboral, y la fobia social desde luego afecta las relaciones sociales. La edad es obviamente, otro factor que interviene en la calidad de vida.

Estos hechos muestran que la calidad o clase de vida, es un componente afín, aunque semi-independiente de los síndromes del DSM IV; en cambio otros factores podrían incluirse como las dimensiones de la personalidad, la capacidad de resistencia y adaptación, los recursos económicos y la libertad de movimiento ayudan a una clase de vida más placentera, y que se complementaría con el apoyo de red social, lo que llamamos éxito y el logro de los objetivos vitales propuestos.

Comentario

Los trabajos relacionados con este tema, en su mayoría proceden de ensayos clínicos con grupos muy específicos y por lo tanto no ejemplifican a una comunidad. Otro factor que puede limitar la generalización es la comorbilidad médica y psicológica limitante en una cohorte relativamente homogénea con perfiles sintomáticos moderados a graves. Por otro lado, también pueden ser criticables estos estudios, por la alta comorbilidad de las muestras, lo que puede dificultar el análisis: la ausencia de análisis estadísticos deductivos, podría no justificar esta exposición. Otra gran limitante y seguramente la más importante es recordar la definición un tanto arbitraria de la "Calidad de Vida" normativa, a través de los valores establecidos para la comunidad. Esto indica que la calidad de vida es una media independiente de la idea que tienen los pacientes de sus enfermedades y debe formar parte de la evaluación diagnóstica, así como del plan terapéutico de todos los pacientes.

Finalmente quedan por analizar algunos estudios nacionales de investigación sobre salud, uno de ellos, es el publicado en la revista Panamericana de Salud Pública en el año de 2005, titulado Autoinforme de Salud General en Adultos Mayores en América Latina y del Caribe y su Utilidad como Indicador de Salud, en el que participaron siete países con características distintas, tanto demográficas como socioeconómicas; algunos de los parámetros investigados fueron: padecimientos crónicos de depresión, alteraciones cognoscitivas, la red social y familiar de apoyo, el uso de los servicios de salud, la funcionalidad, los ingresos y los bienes de consumo en su vivienda.

Otro estudio fue realizado por el Dr. L. M. Gutiérrez cuyo título es Relación entre el Deterioro Funcional y el Grado de Dependencia y las Necesidades Asistenciales de los Adultos Mayores en México publicados por CISS y OPS, trabajo que tiene bastante relación con la lectura en lo referente a la calidad de vida, pero que se analizará en otra comunicación.

Los medicamentos biosimilares surgen una vez que las patentes de los compuestos desarrollados y comercializados por compañías farmacéuticas desde 1982 han vencido. Representan alternativas menos costosas, en función de las políticas de regulación de precios de cada país, el tamaño y crecimiento del segmento del mercado donde estén compitiendo y la legislación de los mismos a futuro.