

Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud

RESUMEN

En el presente documento se analizan distintas publicaciones sobre calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS) individual y poblacional, y la utilidad de ésta como indicador para evaluar los servicios de salud. Se obtuvieron 42 estudios (2002-2008), 21 (50 %) relacionados con la definición de aspectos conceptuales metodológicos o la descripción misma de instrumentos de evaluación; 13 (31 %) asociados con trabajos de investigación en salud utilizando cuestionarios genéricos, y ocho (19 %) relacionados con proyectos que emplearon formularios específicos. La CVRS debe trabajarse para que constituya un indicador de evaluación de los servicios de salud. La mayoría de los estudios limitan esta posibilidad y sugieren alternativas inespecíficas. Debe estimularse la integración de grupos de investigación sobre CVRS con base poblacional, tanto en grupos sanos como con problemas de salud, para evaluar el impacto de las medidas de intervención en ensayos clínicos controlados. Dado que las poblaciones que cursan una enfermedad viven un deterioro adicional en los dominios psicológicos y sociales, son necesarios equipos multidisciplinarios con un enfoque de atención integral a la salud, donde el aspecto educativo y la capacitación con enfoque de prevención primaria y secundaria adquiere un papel preponderante.

SUMMARY

Quality of life (QL) is used to measure the well-being of the individual, the population and the quality of the health system. The QL related to the health has three approaches: To identify the perception of the individual on the way the disease affects the QL; to evaluate the effect of a treatment on the physical, emotional and well-being of the individual and to identify the necessities for health of the population. The aim is to evaluate publications on QL, and its use for evaluation of the health. Forty two studies were evaluated (2002-2008) on QL, 21 (50 %) were related to methodological and conceptual aspects or to describe instruments for evaluation; 13(31 %) were related to research work using questionnaires and 8(19 %) to projects that used specific forms. The integration of research groups must be encouraged related to QL in healthy groups, as well as in groups carrying problems of health; to evaluate the damage and the impact of the health intervention through controlled clinical trials. Because the affection of the population with a disease has effect on the psychological and social domains, the need for a multidisciplinary equipment to attend health, where the educative aspect acquires a preponderant role is suggested.

¹Coordinación
Delegacional de Salud
Pública, Instituto
Mexicano del Seguro
Social, Querétaro,
Querétaro
²Coordinación
de la Maestría en Salud
Pública, Facultad
de Medicina,
Universidad Autónoma
de Querétaro. Facultad
de Enfermería,
Universidad Autónoma
de Querétaro, Querétaro

Comunicación con:
Rubén Salvador
Romero-Márquez.
Tel/fax: (442) 214 9119.
Correo electrónico:
ruben.romero@salud.
gob. mx

Introducción

A lo largo de la historia, distintos grupos de investigación han querido conocer y explicar el estado de bienestar de las diferentes poblaciones. En las últimas décadas se ha producido un incremento progresivo de las publicaciones sobre calidad de vida como una herramienta de medición de este nivel de bienestar¹ y para la evaluación de los sistemas de salud desde una perspectiva social.²

La aparición del concepto calidad de vida es relativamente reciente y se define como “la satisfacción personal experimentada y ponderada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas individuales, mediante la combinación de componentes objetivos y subjetivos de dichas condiciones vitales”.¹

La Organización Mundial de la Salud (1998) define la calidad de vida en función de cómo el individuo “percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación

Palabras clave

calidad de vida
mecanismos de
evaluación de la
atención de salud
sistemas de salud

Key words

quality of life
health care evaluation
mechanism
health systems

con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”.³

Conceptualmente, la calidad de vida hace referencia al grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.^{4,5}

En los últimos años, las investigaciones han estado orientadas a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), a la cual se han dado tres enfoques principales:

- Como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, determinada sobre su calidad de vida en general.
- Para evaluar el efecto de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida del paciente, y sobre su bienestar físico, emocional y social.
- Para identificar y evaluar las necesidades de atención a la salud de la población, con la implantación de políticas y programas tendentes a mejorar el nivel de salud.^{6,7}

El presente documento pretende evaluar los resultados de las distintas publicaciones sobre calidad de vida individual y poblacional, y reflexionar sobre su utilidad como instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios de salud.

Conceptuación y definición de calidad de vida

El estudio del concepto de calidad de vida comenzó en la década de 1960, reservado a problemas con el medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida urbana. Este interés por medir aspectos sobre el bienestar social de una población aparece ligado a factores como el empleo, la vivienda, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, el entorno social y su influencia correspondiente en el desarrollo de determinado grupo poblacional.³

Calidad de vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como el ejercicio de sus derechos y el respeto de sus valores. Es así como cada grupo social identifica las tendencias en materia de bienestar, por ello se hace necesario diferenciar los diversos modos de vida,

aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo de esta forma dimensionar diferentes variaciones entre unos y otros sectores de la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud aborda esta idea de calidad de vida como un concepto multidimensional que incluye el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción, pero que básicamente consiste “en la sensación de que puede ser experimentada por las personas, y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien”. Es decir, en el término de calidad de vida se destaca más que simples referencias al estado de salud, porque considera evaluaciones globales de las posiciones de vida, de perspectivas de bienestar que trascienden ampliamente los dominios específicos de lo físico y lo psicológico.⁸

En el Plan Nacional de Salud 2007-2012⁹ se reconoce que en México desde hace décadas se ha observado un cambio en la manera de enfermar y morir, predominando en esta transición epidemiológica las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Este panorama está íntimamente asociado con el envejecimiento de la población y el creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. La transformación de los patrones de daño a la salud impone retos en la manera de organizar, gestionar y ofertar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que nos aquejan como sociedad, demandan una atención compleja, de larga duración y costosa social e institucionalmente, que exige el empleo de alta tecnología y que precisa la participación de múltiples áreas de especialidad. Este tipo de enfermedades requiere especial atención, puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos, que hacen necesario implementar intervenciones que oscilan desde la prevención primaria de la salud hasta apoyar al paciente terminal cercano a la muerte para tener un final tranquilo, digno, reconfortado y en paz.

El aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas para evaluar los impactos en salud como morbilidad, mortalidad y esperanza de vida al nacer, sean insuficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.¹⁰

La CVRS, como indicador de la atención a la salud, incorpora la percepción del paciente como una necesidad de evaluación de resultados en salud, debiendo desarrollar los instrumentos necesi-

rios para que esa medida sea válida, confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. Ante tales circunstancias, la protección de la salud de los mexicanos requiere estrategias integrales diferenciadas, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios y favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables. La política nacional debe incidir sobre los determinantes críticos y adaptar los servicios de todo el sector a las nuevas necesidades, promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia.⁹

Instrumentos para medir la calidad de vida

A la par del desarrollo de los estudios de investigación sobre la CVRS se han diseñado instrumentos de evaluación que combinan características que les dan sustento conceptual, confiabilidad y validez, siendo fundamental que sean relevantes culturalmente; es decir, que indaguen sobre aspectos significativos para las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado.¹¹⁻¹³

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas y cada una de ellas representa una variable que tiene un peso específico en el contexto de una calificación global, de un factor o de un dominio que caracteriza un sector que constituye la vida del individuo. Cada uno de los dominios, físico, mental o social, que conforman el término calidad de vida, pueden ser medidos en dos dimensiones: la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud.⁶

Los múltiples instrumentos para evaluar la CVRS ofrecen aspectos básicos al utilizarlos, ya que siendo la calidad de vida un concepto multidimensional consideran variables que dependen de la finalidad del estudio. Los instrumentos elaborados para medir calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos: para conocer el deterioro de la percepción de la calidad de vida en personas con alguna patología, para identificar el estado de salud entre poblaciones (aspectos fundamentales para el desarrollo de estrategias y programas en políticas en pro de la salud), o para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas encaminadas a mejorar los síntomas y función física a través del tiempo. La calidad de vida es un fenómeno que se

afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento (por sus efectos adversos).

En forma general, los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos.¹³⁻¹⁶ Los primeros (genéricos) se han utilizado en particular para indagar la calidad de vida en una población con características específicas y principalmente relacionadas con la evolución, impacto y tratamiento de una enfermedad; como su nombre lo indica, evalúan solamente un órgano o sistema afectado, se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Los instrumentos se diseñan a partir de los síntomas, las limitaciones y los trastornos de la vida diaria que producen estas enfermedades.¹³⁻¹⁶

Actualmente existen múltiples instrumentos para evaluar la calidad de vida de ambos tipos. Al efectuar una revisión documental se identificaron *Karnofsky Performance Status Scale* y la Escala ECOG (diseñada por *Eastern Cooperative Oncologic Group* de Estados Unidos y validada por la Organización Mundial de la Salud), que mide la calidad de vida del paciente oncológico considerando el cambio continuo y rápido de las expectativas de vida, entre otras variables.¹³ A continuación se citan tres instrumentos, validados, genéricos y de alta aplicación con sus respectivas características:

1. El WHOQOL-100 de la Organización Mundial de la Salud confeccionado en 1991, que incluye seis áreas o dominios de calidad de vida, cada una de las cuales profundiza en uno de los siguientes aspectos: salud física (energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso); salud psicológica (imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos y positivos, autoestima, pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración); nivel de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias médicas y asistencia médica, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, soporte social, actividad sexual); medio ambiente (recursos financieros, seguridad, ambiente físico [contaminación, clima, etcétera], transporte, recreación y tiempo libre, participación social); y espiritualidad (religión, creencias personales). Es un instrumento validado en varios idiomas, autoaplicable y que consta de 100 reactivos.⁸
2. La Encuesta de Salud SF-36 fue diseñada en Estados Unidos y está conformada por una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable a los pacientes y a la po-

**Romero-Márquez RS
et al.
Calidad de vida
y salud**

blación general para medir la calidad de vida en enfermos crónicos. Esta encuesta consiste en un cuestionario que contiene ocho subescalas relativas a distintas dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Es autoadministrado y consta de 36 reactivos.^{17,18}

3. El EUROQOL-D5 es un instrumento genérico que puede utilizarse en individuos relativamente sanos y en pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, con tres diferentes niveles de gravedad. Permite el uso de la escala visual análoga (EVA), proporciona una puntuación complementaria al sistema descrito de la autoevaluación del estado de salud a través de una escala en la cual el sujeto puede puntuar su estado de salud en un rango que va del peor estado de salud posible (0) al mejor estado de salud imaginable (100). Esta encuesta consiste en un cuestionario que contiene cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión.^{17,18}

Resultados de los estudios sobre calidad de vida

De 42 estudios sobre calidad de vida publicados en revistas de salud en español de 2002 a 2008, identificados a través de Medline y Artemisa, 21 (50 %) estuvieron relacionados con la definición de aspectos conceptuales y metodológicos o para la descripción misma de instrumentos de evaluación; 13 (31 %),

relacionados con trabajos de investigación en salud utilizando para ello cuestionarios genéricos; ocho (19 %), con proyectos que emplearon formularios específicos (figura 1).

De los 21 estudios de investigación para evaluar la calidad de vida se efectuaron tres estudios (14.3 %) en personas adultas mayores¹⁹⁻²¹ o con diabetes mellitus;²²⁻²⁴ dos trabajos (9.5 %) en personal de salud^{25,26} y otros dos para evaluar el sedentarismo²⁷ y el tabaquismo²⁸ como factores de riesgo; y un estudio (4.8 %) para evaluar la calidad de vida en pacientes menopáusicas²⁹ o ante patologías asociadas como el asma bronquial,³⁰ uno para enfermedad pulmonar obstructiva crónica,¹⁵ uno para lesión vertebral traumática,³¹ uno para insuficiencia renal crónica,³² uno para insuficiencia venosa,³³ uno para incontinencia urinaria,³⁴ uno para cáncer³⁵ y factores psicosociales asociados en personas en procesos de rehabilitación¹⁶ (figura 2).

Al revisar el total de investigaciones, en 25 % (seis estudios) se utilizó el formato SF-36, en 20.8 % (cinco estudios) el cuestionario EUROQOL-5D y en 12.5 % (tres estudios), la cédula WHOQOL-100 de la Organización Mundial de la Salud. En su conjunto, estos tres formularios sumaron 58.3 % de los proyectos; sin embargo, se utilizan otros como el índice de Karnofsky, el Lasty Balseiro, el PACQLQ, el PECVEQ, el COOP/WONCA, *Medical Outcomes Study*, QLS, ESCARVIRS y Salud-NHP (figura 3).

Los formatos más empleados para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (SF-36, WHOQOL-100, EUROQOL-5D y ESCARVIRS) intentan explorar las dimensiones físicas, psicológicas y sociales. El WHOQOL-100 integra seis dominios (física, psicológica, independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad), así como una evaluación de la calidad de vida global emitida por el propio paciente. En el SF-36 y el ESCARVIRS no se incluyen los aspectos de medio ambiente, de espiritualidad ni la emisión de la percepción global de calidad de vida señalada por cada persona. El EUROQOL-5D tampoco incluye los aspectos de relaciones sociales, medio ambiente ni espiritualidad y sí considera un indicador global de calidad de vida.

Respecto a los cuestionarios específicos, cada uno respondió a las necesidades de evaluar la funcionalidad del órgano o sistema afectado como en los casos de insuficiencia venosa, incontinencia urinaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, etcétera.

En un análisis de los resultados obtenidos en nueve estudios donde se utiliza el formato SF-36 por cada una de las facetas o dominios que evalúa, se

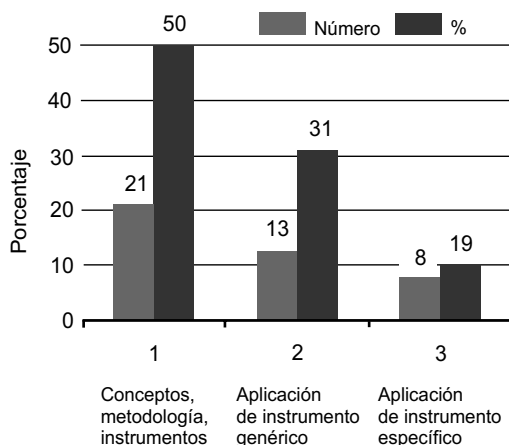


Figura 1. Distribución de 42 estudios según la forma de abordar el tema calidad de vida

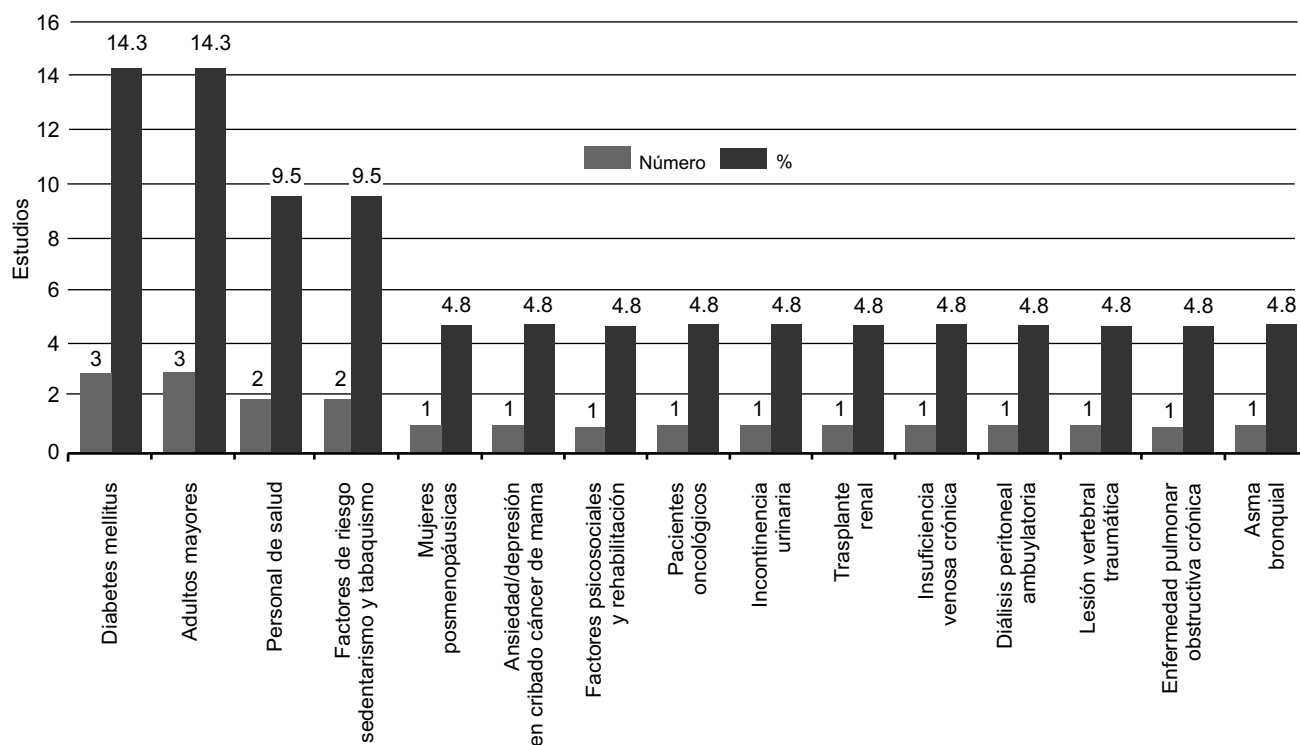


Figura 2. Contenidos temáticos específicos investigados en 21 estudios que evalúan calidad de vida

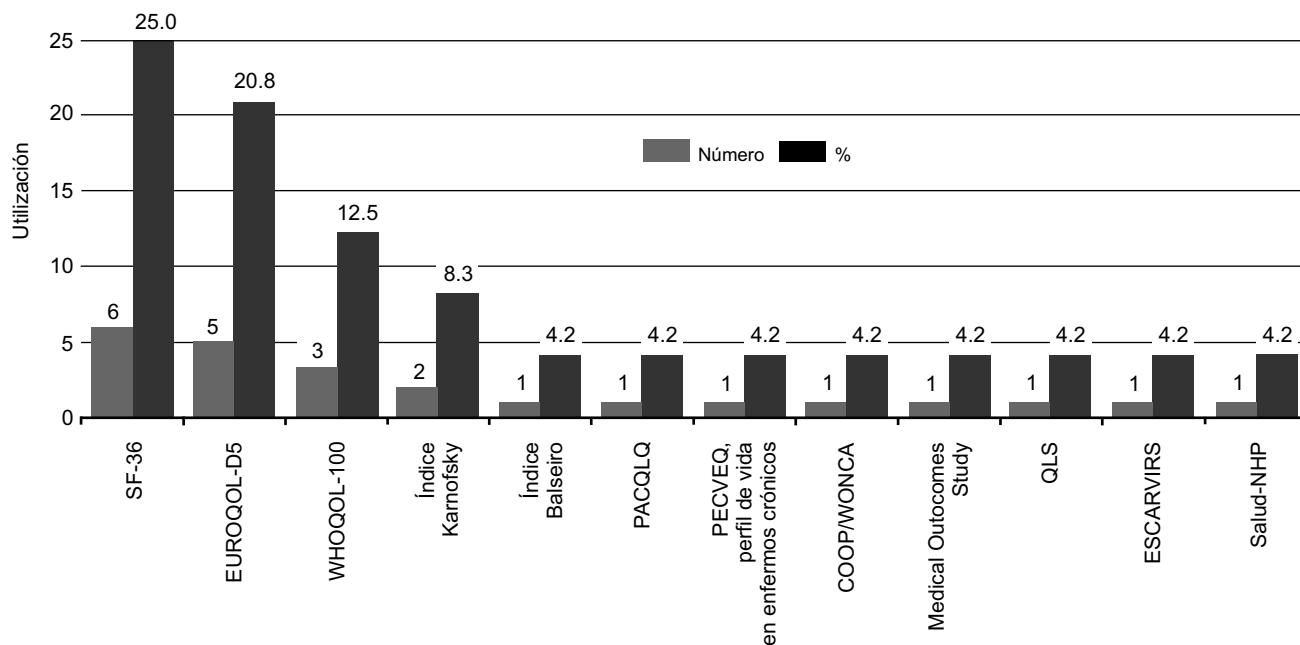


Figura 3. Tipo y número de instrumentos utilizados para evaluar calidad de vida, de una muestra de 21 estudios

apreció que estos estudios nos muestran la utilidad del formato SF-36 para evaluar los diferentes dominios que considera, dado que la población aparentemente sana tiene valores más altos que las personas con patologías asociadas, preferentemente aquellas que condicionan lesiones que requieren procesos de rehabilitación. Destacan los resultados obtenidos en adultos mayores que utilizan los servicios de salud en actividades médico-preventivas, en quienes los diferentes dominios oscilaron de 94.5 % en función física a 72.6 % en vitalidad y 64.7 % en la percepción de salud general, lo cual traduce una buena calidad de vida en este grupo de edad (figura 4 y cuadro I).

Respecto al formulario EUROQOL-5D, el cuestionario contiene cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión, y permite la autopercepción de las personas mediante la escala visual análoga (EVA); este formato se utilizó en cinco estudios y solo se informó en cuatro de ellos este último concepto en

personas con lesión vertebral traumática³¹ (48.7 %), en expuestas al consumo de tabaco (69 %),²⁸ en mujeres con incontinencia urinaria (77.2 %),³⁴ en personas con diabetes mellitus tipo 2 (73.9 %)²³ y en sujetos sin diabetes (69.8 %).²³ De estos estudios sobresalen las personas con lesiones traumáticas de la columna vertebral,³¹ quienes tienen peor percepción de su calidad de vida comparativamente con las personas con otras patologías como diabetes mellitus²³ o incontinencia urinaria.³⁴ Sin embargo, resalta el valor obtenido en personas sin diabetes mellitus, quienes tienen peor percepción que las personas que sí la padecen o las mujeres con alteración de la función urinaria (figura 5).

El ESCARVIRS fue utilizado en un solo estudio para evaluar la calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2 y se compararon personas sanas y aquellas donde la enfermedad se ha complicado y se ha agregado nefropatía diabética.²² Este instrumento igualmente evalúa cinco áreas: física, interacción con el equipo de salud, psicosocial,

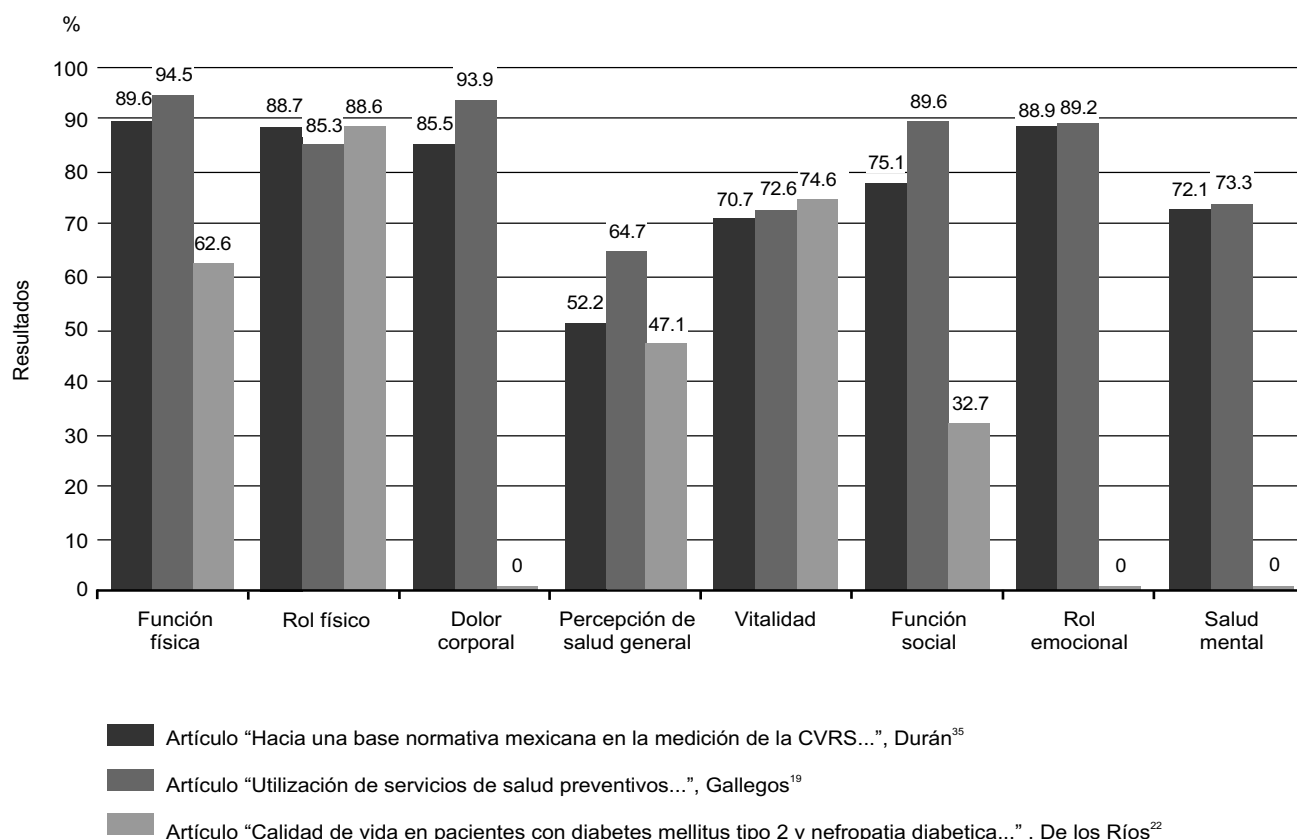


Figura 4. Resultados obtenidos en los dominios de calidad de vida evaluados en estudios que utilizaron SF-36

sexual y la relación con la pareja. Los datos muestran que los pacientes mantienen un avance continuo del deterioro físico en relación a la cronicidad de la enfermedad, que oscila de leve a severo en 43 % en el grupo con diabetes mellitus tipo 2, en comparación con 63 % en el grupo con insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética, y con mínimos porcentajes (20 %) en el grupo de sujetos sanos. Con ANOVA se encontró significancia estadística ($p < 0.00$). En el área de interacción médica, de las ponderaciones obtenidas sobresalen los porcentajes de leve a severo en los grupos de pa-

cientes con nefropatía diabética (67 %) y diabetes mellitus tipo 2 (54 %), en comparación con el grupo de sujeto sanos (24 %), $p < 0.00$. En el área psicosocial sobresalen los grupos con nefropatía diabética (53 %) y diabetes mellitus tipo 2 (40 %), $p < 0.00$. En el área sexual, los datos muestran que el grupo con nefropatía diabética presentó deterioro de leve a severo con 70 %, seguido del grupo con diabetes mellitus tipo 2, con 46 % (la disfunción sexual sobresale en ambos grupos), en comparación con el grupo de sujetos sanos, 7 % ($p < 0.00$). Respecto a las relaciones de pareja, en los grupos con nefropatía diabética

Romero-Márquez RS et al.
Calidad de vida y salud

Cuadro I
Evaluación de los resultados obtenidos en calidad de vida utilizando el instrumento SF-36

Función de calidad de vida	Resultados encontrados
Calidad de vida global	En tres estudios (Durán ³⁶), (Rosas ³³), (Gallegos ¹⁹) que utilizan grupos poblacionales aparentemente sanos para fines de comparación, éstos fueron los que obtuvieron los valores más altos de calidad de vida si se comparan con personas enfermas o con problemas de rehabilitación.
Rol y función física	<i>Rol físico:</i> las cifras más altas se obtuvieron en el estudio de base normativa con base poblacional ³⁶ (88.7 %), en personas sanas sin insuficiencia venosa ³³ (88.1 %) y en adultos con demanda de servicios preventivos ¹⁹ (85.3 %); y las más bajas, en personas donde se evalúan factores psicosociales y rehabilitación ¹⁶ (4 %), así como en personas sometidas a diálisis peritoneal ambulatoria ³⁷ (19.8 %). <i>Función física:</i> muestra cifras altas en adultos con actividades preventivas (94.5 %), en personas sanas sin insuficiencia venosa (92.5 %) y en el estudio de base normativa poblacional (89.6 %); y las más bajas en personas donde se evalúan los factores psicosociales y rehabilitación (24 %) y en personas sometidas a diálisis peritoneal ambulatoria (49.6 %).
Función social	Muestra resultados semejantes, con valores altos en adultos mayores con actividades preventivas (89.6 %) y valores bajos en factores psicosociales y rehabilitación (7%) y diálisis peritoneal ambulatoria (50 %).
Dolor corporal	Con resultados semejantes, resaltando las personas con factores psicosociales y rehabilitación y las que tienen insuficiencia venosa, con 6 y 46.6 % como los valores más bajos.
Vitalidad	Personas con factores psicosociales y rehabilitación y las que tienen insuficiencia venosa, con 16 y 54.6 %.
Percepción de salud general	Llama la atención que las respuestas obtenidas por Durán ³⁶ en su estudio efectuado en Oaxaca y Sonora (en el que se propone que los resultados sean utilizados como base poblacional de comparación), tienen valores más bajos que los obtenidos por Rosas ³³ y Gallegos ¹⁹ en población sana sin insuficiencia venosa ³³ y en adultos mayores sanos que acuden a servicios preventivos; ¹⁹ lo cual traduce la diversidad en la percepción de la población de su nivel de salud o de la calidad de vida (figura 4)

**Romero-Márquez RS
et al.
Calidad de vida
y salud**

se observó deterioro en 43 %, así como en el grupo con diabetes mellitus tipo 2, con 30 % ($p < 0.00$) (figura 6).

Adicionalmente, en las diversas áreas evaluadas se identificó que el grado de deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en estas muestras de pacientes está relacionado con la evolución de la diabetes mellitus, producto del descontrol metabólico y falta de adherencia terapéutica y cuyo ejemplo palpable se refleja en los nefrópatas diabéticos.

En cuanto al WHOQOL-100 solo se encontró una publicación relativa a la calidad de vida en el

adulto mayor.²⁰ El deterioro de la calidad de vida en forma global fue de 78 % en cuanto a los seis dominios que evalúa el instrumento; respecto a la salud física, el valor obtenido fue de 60.4 %, en la función psicológica de 66.2 %, en independencia 64.6 %, en relaciones sociales 61.6 %, en entorno 66.2 y en espiritualidad 77 %. Al igual que otros análisis sobre calidad de vida, el uso del instrumento WHOQOL-100 muestra su utilidad, y facilidad de manejo, con la ventaja de evaluar la percepción global de calidad de vida (figura 7).

En tres estudios se presentan resultados favorables sobre la práctica de la actividad física, donde se aprecia una asociación positiva de mejor calidad de vida si se efectúa actividad recreativa, competitiva o de alto rendimiento; sin embargo, la forma de presentación impide su análisis tanto en la calidad de vida global como en cada una de los dominios.^{24,27,38} En tres estudios se concluye la necesidad de elaborar formatos específicos para abordar problemas como cáncer de mama^{39,40} y cervicouterino.⁴¹

De las conclusiones emitidas por los autores en sus diferentes estudios, podemos observar que 16 (80 %) señalaron que el instrumento utilizado tiene validez, confianza, utilidad y facilidad de aplicación. En ocho (40 %) se manifestó la utilidad de los cuestionarios para abordar los factores psicosociales y demostrar afectación y, por tanto, la necesidad de emplearlos para proponer medidas de intervención. En cinco (25 %) se utilizó el formato de calidad de vida para identificar factores de riesgo asociados y se logró demostrar en dos de ellos que el consumo de tabaco y el sedentarismo deterioran la calidad de vida. Tres trabajos identifican que hay una asociación positiva entre actividad física y calidad de vida, donde en las personas que la efectúan disminuye el proceso de depresión, mejoran los dominios de relaciones sociales, función física y medio ambiente y, sobre todo, aumenta la autoestima, trátase de actividad física recreativa, competitiva o de alto rendimiento, principalmente en las mujeres con obesidad o enfermos con diabetes mellitus.

De tres estudios se concluye la necesidad de elaborar formatos específicos para abordar problemas como cáncer de mama^{39,40} y cervicouterino.⁴¹ Resaltan dos trabajos (10 %) donde se concluye que hay una relación favorable entre el uso de los servicios de medicina preventiva y un mayor nivel de ponderación de calidad de vida, con énfasis en adultos mayores. Se realizaron dos estudios en personal de salud donde se concluye que el personal de enfermería tiene mediana calidad de vida y que en los residentes de especialidades médicas la percepción de calidad de vida se deteriora conforme avanzan en sus estudios.

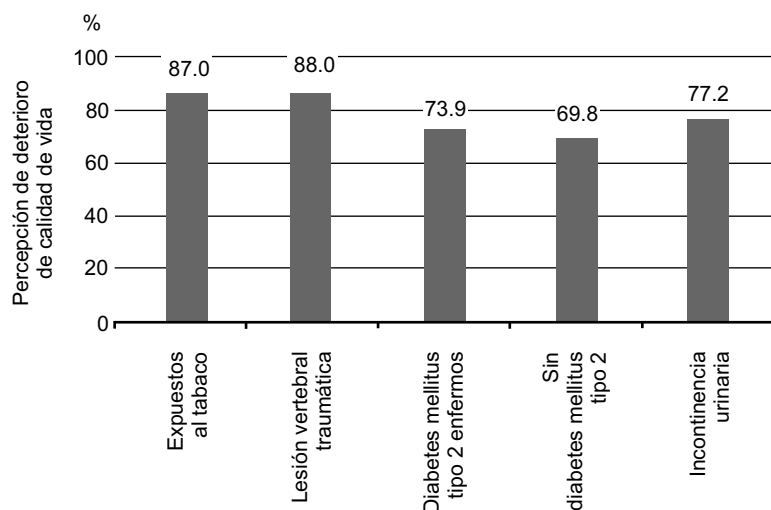


Figura 5. Condiciones analizadas en estudios que utilizaron EUROQOL-5D y en los que se informaron los resultados obtenidos con EVA

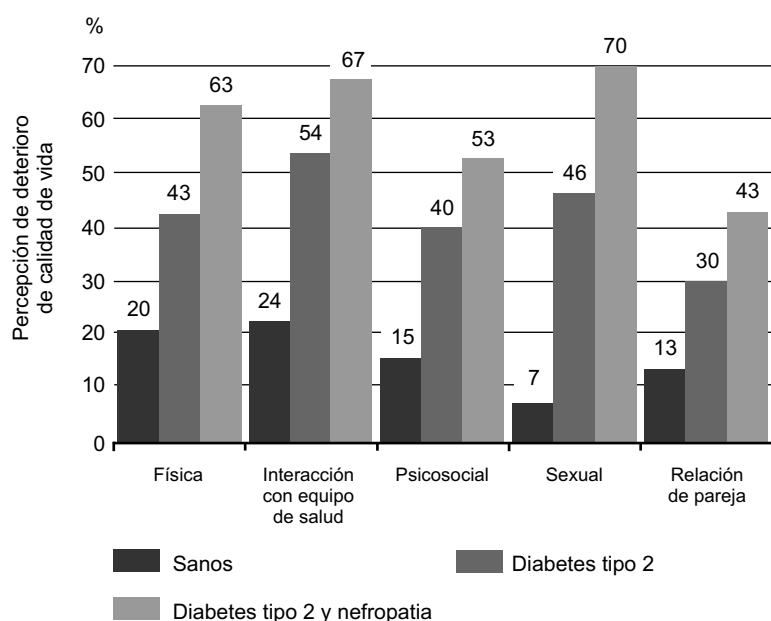


Figura 6. Deterioro de la calidad de vida según cinco áreas analizadas con ESCAVIR, en tres grupos poblacionales

Por último, un estudio para ser utilizado como base poblacional que sirva de comparación (cuadro II).

Al analizar las recomendaciones emitidas, en cinco estudios (25 %) se sugirió emplear equipos multidisciplinarios para abordar los problemas que deterioran la calidad de vida de los grupos poblacionales; en tres (15 %) se recomienda la actividad física como una medida para mejorarla; en dos (10 %), dar continuidad a las actividades médico-preventivas que se efectúan en las instituciones de salud, en particular la estrategia PREVENIMSS del Instituto Mexicano del Seguro Social. En dos trabajos (10 %) se señala la importancia de capacitar y orientar a las personas en su problema de salud, y promover su participación en las actividades que deben realizar para lograr su control. En tres investigaciones se señala la necesidad de capacitar al personal de salud, estimular la interacción social y promover la utilización de los formatos SF-36, EUROQOL-5D y WHOQOL-100 (cuadro III).

Conclusiones

En los últimos años, las investigaciones sobre calidad de vida han ido incrementándose paulatinamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional, científico, económico, social, político y de salud; de tal forma, los conceptos de calidad de vida y bienestar se han convertido en palabras de moda. Ello ha llevado a poner atención en un término nuevo: *calidad de vida relacionada con la salud*, como una forma de señalar la percepción que tiene la persona sobre los efectos que una enfermedad determinada o la aplicación de una medida terapéutica sobre los diversos ámbitos de su vida, especialmente las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Asimismo, en los últimos años se señala que el indicador CVRS puede ser utilizado para evaluar los servicios de salud y con base en sus resultados, proponer programas o políticas de salud que permitan la toma de decisiones y mejorar la calidad de los servicios, propósito en este análisis al revisar y analizar las investigaciones al respecto.

En primer término, como tomadores de decisión consideramos que la CVRS como indicador de evaluación de los servicios de salud está muy lejana del significado que pretende dársele hoy en día; la mayoría de los estudios efectuados limitan esta posibilidad y se sugieren alternativas genéricas e inespecíficas, por lo que constituye un área de oportunidad y estudio.

En segundo lugar, todas las investigaciones señalan que los diferentes instrumentos utilizados tie-

nen validez y confiabilidad y todos ellos superan 0.7 del coeficiente α de Cronbach y su aplicación es descrita como rápida y sencilla. Se sugiere que WHOQOL-100, SF-36 y EUROQOL-5D son los más recomendables. Debe estimularse la integración de grupos con líneas de investigación sobre calidad de vida, siendo necesario desarrollar trabajos con base poblacional, donde los grupos seleccionados estén libres de patologías, es decir, trabajar con personas aparentemente sanas, ya que en los estudios referidos generalmente la percepción de salud general tuvo coeficientes bajos que traducen deterioro, probablemente por la edad del entrevistado o la existencia de patologías asociadas no investigadas.

En tercer lugar, deben promoverse investigaciones sobre CVRS asociada a problemas prioritarios de salud, con énfasis en enfermedades crónicas y patologías específicas, que nos permitan evaluar el grado real de deterioro. Para ello se pueden utilizar los cuestionarios genéricos señalados, que permitan a los investigadores contrastar sus resultados o utilizar cuestionarios específicos que evalúen el impacto de las medidas de intervención en ensayos clínico controlados.

Como cuarto punto, los resultados de los trabajos revisados en personas con patologías asociadas demuestran que efectivamente estas enfermedades deterioran la calidad de vida tanto de forma global como en los diferentes dominios estudiados. Resal-

Romero-Márquez RS et al.
Calidad de vida y salud

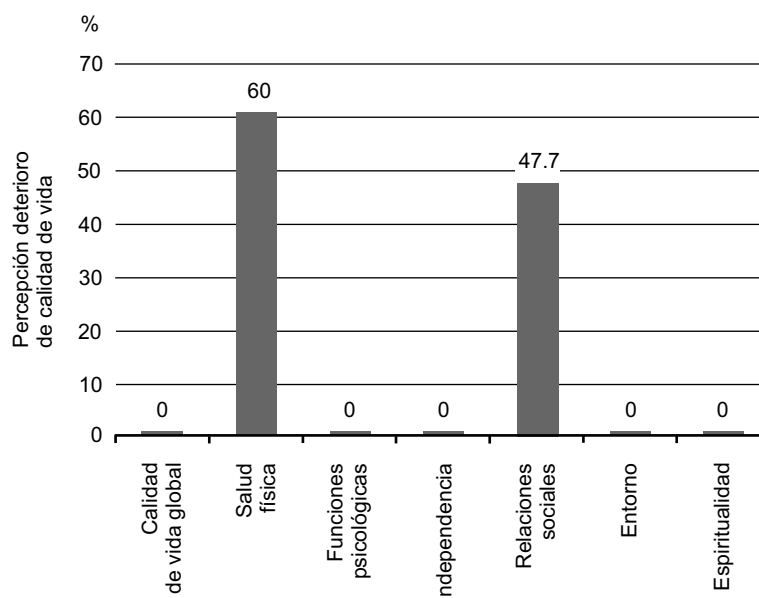


Figura 7. Deterioro de calidad de vida determinado por WHOQOL-100

**Romero-Márquez RS
et al.
Calidad de vida
y salud**

ta que en la mayoría, los factores psicosociales adquieren tal relevancia que se sugiere la necesidad de un abordaje biopsicosocial para su solución. Sin embargo, se señalan propuestas muy genéricas e inespecíficas que evidentemente dificultan la toma de decisiones.

En quinto sitio, los resultados obtenidos en deterioro de calidad de vida en personas con enfermedades crónicas donde los dominios psicológicos y sociales tienen mayor afectación que el aspecto biológico, indican la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios de salud con un enfoque de atención integral a la salud, donde el aspecto educativo y la capacitación de la población tanto con enfoque de prevención primaria como secundaria adquiere un papel preponderante. En este sentido existen múltiples experiencias de intervención educativa a través de grupos de ayuda que han demostrado su utilidad para lograr el control de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, entre otras, lo que ha permitido generar políticas nacio-

nales de promoción a la salud, como en el Instituto Mexicano del Seguro Social con los grupos de ayuda SODIH y actualmente como política de esta institución al iniciar un programa piloto de atención prioritaria a personas con diabetes mellitus, por medio de un equipo multidisciplinario denominado Consultorio DIABETIMSS.

En sexto lugar, se identifica la necesidad de integrar equipos multidisciplinarios con personal de apoyo psicológico orientado al manejo de la ansiedad y la depresión, dominios de calidad de vida que con mayor frecuencia se afectan y áreas olvidadas en los indicadores de asignación de recursos humanos en las instituciones de salud. Asimismo, se deben promover programas de intervención con enfoque de talleres grupales que permitan un mayor costo-beneficio.

En este orden de ideas, debe modificarse el indicador para la asignación de la categoría de Licenciado en Nutrición y debe incluirse la categoría Licenciado en Promoción Deportiva, que proporcionen tanto orientación nutricia como de activación física, pilares del tratamiento no farmacológico en las enfermedades crónicas y que estimulan el apego terapéutico y el control de la enfermedad.

En séptimo lugar, los espacios asignados en las unidades médicas del sector salud para efectuar las actividades de promoción o de educación para la salud son los menos favorecidos, generalmente se trabaja en las salas de espera y las actividades se ven interrumpidas al acceder los pacientes a su consulta médica. Asimismo, no se cuenta con espacios para la actividad física y la promoción de ésta la efectúa el personal de enfermería en las salas de espera, con material audiovisual a través de la estrategia *Pausa para la Salud*.

Por tal motivo, hoy se señala la necesidad de mejorar el nivel de salud de la población, orientar con un enfoque interinstitucional a través de un sistema nacional de cartillas en las que se consignan las actividades de promoción, orientación nutricia, prevención y detección de enfermedades y salud reproductiva, y surge la necesidad de contar con espacios para su ejecución. Por ello, el Instituto Mexicano del Seguro Social implantó como política de salud en sus unidades de medicina familiar los módulos PREVENIMSS, para otorgar atención integral en salud.

Las instituciones de salud deben dar una respuesta social organizada para solucionar esta problemática de salud, ponderar de igual forma la salud que la enfermedad, contar con Clínicas PREVENIMSS que integren las actividades médico-preventivas que se lleva a cabo la enfermera especialista de unidad

Cuadro II
Conclusiones en 21 estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud

Relación de conclusiones encontradas	n	%
Formato útil	16	80.0
Factor psicosocial	8	40.0
Factores de riesgo	5	25.0
Asociación de actividad física y mejor calidad de vida	3	15.0
Mejorar el instrumento	3	15.0
Asociación de uso de servicios preventivos y mejor calidad de vida	2	10.0
Calidad de vida en personal de salud	2	10.0
Control de enfermedades crónicas	1	5.0
Utilizar resultados como base poblacional	1	5.0

Cuadro III
Recomendaciones en 21 estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud

	n	%
Atención con equipo multidisciplinario	5	25.0
Promover la actividad física	3	15.0
Instrumentar programas preventivos	2	10.0
Capacitación de las personas que ingresan a rehabilitación	2	10.0
Capacitación del personal de salud	1	5.0
Capacitación del personal de salud	1	5.0
Estimular la interacción social	1	5.0
Estimular la interacción social	1	5.0
Promover estudios con formato WHOQOL-100, SF-36 o EUROQOL-5D	1	5.0

de medicina de familia, con las acciones del Licenciado de Nutrición, en relación al diagnóstico nutricional, con las del Licenciado en Promoción Deportiva, y apoyo psicológico orientado al manejo del estrés, la ansiedad y la depresión, que conlleve estrategias orientadas a mejorar la autoestima de las personas con ayuda de un Licenciado en Psicología; así como el manejo de pacientes con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, mediante la integración de grupos de ayuda de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y tuberculosis pulmonar, todos ellos coordinados por personal de trabajo social médico.

A fin de dar una atención integral en salud se deben incluir los módulos de citología exfoliativa y de mastografía, que agilicen el estudio de pacientes sospechosas de los dos principales tipos de cáncer que afectan a la población mexicana. Las Clínicas PRE-VENIMSS pueden ser dirigidas por personal de enfermería que cuente con el perfil formativo necesario para su control, y las bases administrativas, educativas y técnicas para su ejecución.

Referencias

- Palacios RD, Castro OC. Calidad de vida. Una perspectiva individual. [Versión electrónica]. Disponible en <http://www.monografias.com>
- Lozano-Cardoso A. ¿Calidad o clase de vida? Rev Fac Med UNAM 2006;50(2).
- Luxardo N. El cuerpo medido. Escalas y mediciones de la calidad de vida de personas con cáncer. [Versión electrónica]. En: IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani 19, 20 y 21 de septiembre 2007, Universidad de Buenos Aires.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc Enferm [Internet]. 2003;9(2):9-21. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext
- Montes-Castillo ML. Calidad de vida. Rev Mex Med Fis Rehab 2006;18(1):5-6. [Editorial].
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica Mex 2002; 44(4): 349-361.
- Cordero-Sánchez T, Amoroto-Roig M, Fernández-Cervera M. Incorporación del estudio de calidad de vida en ensayos clínicos: recomendaciones para su uso. Rev Cuba Farm [Internet] 2007;41(1).
- WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL BREF quality of life assessment. Psychol Med 1998;28(3):551-558.
- Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud, 2007.
- De los Ríos- Castillo JL, Sánchez-Sosa P, Barrios-Santiago V, Guerrero-Sustaita. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004;42(2):109-116.
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Publica Mex 2002;44(5):448-463.
- Jatuff D, Zapata-Vega MI, Montenegro R, Mezzich JE. El índice multicultural de calidad de vida en Argentina: un estudio de validación. Actas Esp Psiquiatr 2007;35(4):253-258.
- Molinero LM. Cuestionarios de Salud. [Versión electrónica]. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión; febrero 1998. Disponible en <http://www.seh-lelha.org/stat1.htm>
- Fernández-Rodríguez LJ, Yániz-Igal B. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. Informaciones Psiquiátricas. [Versión electrónica] 2002 (169). Disponible en http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm
- López-Varela MV. Instrumento de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Neumol Cir Torax 2006;65(Supl 1): S11-S16 62-74.
- García-Manzanares MD, Tornero D, Sunyer M, Limón R. Factores psicosociales y calidad de vida en la rehabilitación médica. Rev Mex Med Fis Rehab 2006;18(1):11-17.
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit 2005;19(2):135-150.
- López JM., Rodríguez R. Adaptación y validación del Instrumento de Calidad de Vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex 2006;48(3): 200-211.
- Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Durán-Muñoz C, Madrigal J, Durán-Arenas L, Salmerón-Castro J. Utilización de servicios de salud y percepción de calidad de vida relacionada a la salud en adultos mayores. Un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 2008;50(3):207-217.
- Vidal-Gutiérrez D, Zavala-Gutiérrez M, Castro-Salas M, Mora-Mardones O, Mathiesen M. Calidad de vida en el adulto mayor: Estado físico y relaciones sociales. Cuad Med Soc 2008;48(1):5-12.
- Esquivel-Hernández RI, Jiménez-Férez J, González-Celis A, Gazano-Fulgencio A. Efectos de

Romero-Márquez RS et al.
Calidad de vida y salud

- la depresión en la percepción de la salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. *Revista ADM* 2006;63(2):62-68.
22. De los Ríos-Castillo JL, Barrios-Santiago P, Ávila-Rojas T. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2005;68(3):82-94.
23. Salazar-Estrada JG, Colunga-Rodríguez C, Pando-Moreno M, Aranda-Beltrán C, Torres-López T. Diabetes y calidad de vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de Guadalajara. *Investigación en Salud* 2007; IX(2):88-93.
24. González CMA. Cambios en la calidad de vida en pacientes diabéticos después de un programa de ejercicio. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2003; 16(1):25-30.
25. Balseiro-Almarío L, De Valle-Alonso M, Gracida-Jiménez L, Guerrero-Olea F, Hernández-Pardo M. La calidad de vida de las enfermeras en un hospital de tercer nivel en México. *Rev Mex Enferm Cardiol* 2006;14 (2):51-55. Disponible en <http://www.index-f.com/rmec/14/14-51.php>
26. Arias-Amaral J, Vargas-Flores A, Hernández-Mejía R, Ramos-Ponce MG, Velasco-Rodríguez JF. Calidad de vida en médicos residentes en un hospital de tercer nivel. *Med Int Mex* 2008;24(1):16-21.
27. García-Pérez RM, García-Roche R, Pérez-Jiménez D, Bonet-Gorbea M. Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a salud. *Cuba* 2001. *Rev Cubana Hig Epidemiol Cuba* 2007;45(1).
28. García-Roche RG, García-Pérez R, Hernández-Sánchez M, Varona-Pérez P, Bonet-Gorbea M, Chang-De la Rosa M. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. *Cuba* 2001. *Rev Cubana Hig Epidemiol Cuba* 2007;45(2).
29. Texon-Fernández O, Márquez-Celedonio FG. Calidad de vida en mujeres climatéricas con y sin terapia hormonal de reemplazo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44(6):541-545.
30. Sienra-Monge JJL, Del Río-Navarro B, Álvarez-Amador M, Blandon-Vijil V, Gómez-Chico R. Calidad de vida del cuidador del niño asmático. *Gac Med Mex* 2002;40(2):139-145.
31. Bahena-Salgado Y, Bernal-Márquez JN. Calidad de vida en los pacientes con paraplejía secundaria a lesión traumática. *Acta Ortop Mex* 2007;21 (1):3-7.
32. Alarcón-Morales C, Aguilar-Díaz O, Jiménez-Domínguez A, Manrique-Nava C. La calidad de vida en pacientes con trasplante renal, medida a través del índice de Karnofsky en un Hospital General. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2002; 16(4):119-123.
33. Rosas-Flores MA, Serrano-Lozano J, Henestrosa-Peña K, Zarraga Rodríguez JL, Cal y Mayor-Turnbull I, Meza-Vudoyra M, Sánchez-Nicolat N. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia venosa. *Cir Gen* 2006; 28(3):153-159.
34. Velázquez-Magaña M, Bustos-López HH, Rojas-Poceros G, Oviedo-Ortega G, Neri-Ruiz ES, Sánchez-Castrillo C. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(6): 347-356.
35. Espantoso R, Fernández C, Padierna SC, Amigo VI, Villoria E, Gracia JM, et al. Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento. *Psicooncol* 2007;4(1):43-57.
36. Durán AL, Gallegos CK, Salinas EG, Martínez H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud mediante el formato corto 36. *Salud Publica Mex* 2004;46(4):306-315.
37. Sandoval-Jurado L, Cevallos-Martínez ZI, Navarrete-Novelo C, González-Hernández F, Hernández-Colín V. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(2):105-109.
38. Jurgens I. Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. *Rev Int Med Cienc Act Fis Deporte* 2006;6(22):62-74.
39. Cardenal MC, Rodríguez A, Cruzado RJ, González A, González JM, Roa AA. Ansiedad, depresión y calidad de vida durante las fases de cribado mamográfico en mujeres de la comunidad de Madrid. *Rev Psicooncol* 2008;5(1):129-146.
40. Arraras JI, Illarramendi JJ, Manterota AM, Salgado PE, Domínguez DM. Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología* 2007;(2-3):3657-384.
41. Montes-LM, Mullins PM, Urrutia-SM. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(2):129-134.
42. Corinne-EL L, Van Der-Shouw Y, De Jong FH, Hibber AP, Pols, Grobbee D, Lamberts S. Relaciones entre la composición corporal, los parámetros funcionales y hormonales y la calidad de vida en las mujeres posmenopáusicas sanas. *Revista del Clímatario* 2006;10(55):3-13.