

La noción de calidad de vida y su medición

The concept of quality of life and measurement

| *A noção de qualidade de vida e sua medição* |

Carolina Salas z¹, María O. Garzón D.²

¹ Gerente de Sistemas de Información en Salud. Magister en Epidemiología. Investigadora Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental. Universidad CES. E-mail: csalas@ces.edu.co

² Administradora en Salud: Gestión Sanitaria y Ambiental. Magister en Epidemiología. Docente Investigadora - Facultad de Medicina Universidad CES. mgarzon@ces.edu.co

Recibido: Julio 25 de 2012 Revisado: Agosto 24 de 2012 Aceptado: Febrero 18 de 2013

Resumen

Objetivo. Realizar una revisión bibliográfica del concepto de calidad de vida y su medición, teniendo en cuenta su origen, evolución, enfoques y modelos, los cuales se adecuan a las diferentes corrientes de pensamiento, así como su medición objetiva y subjetiva. **Materiales y Métodos.** se realizó una revisión bibliográfica orientada a la descripción de los conceptos que algunos autores abordan desde diferentes áreas del conocimiento con respecto al constructo de calidad de vida. **Resultados.** El concepto de calidad de vida ha tenido su evolución a través del tiempo y por las diferentes corrientes de pensamiento que abordan el tema desde lo subjetivo, lo objetivo, lo cuantitativo, lo cualitativo, lo biológico y lo sociológico, pasando de estudiar el bienestar, al nivel de vida, condiciones de vida y calidad de vida. **Conclusión.** La definición del concepto de calidad de vida y su medición tiene múltiples miradas y formas de interpretarse, pero conserva desde sus inicios la visión economicista y de "marketing" que dio origen al término desde las teorías desarrollistas. La medición está íntimamente relacionada con percepciones y expectativas del individuo en su contexto social, económico y cultural, aunque predomine la estandarización de instrumentos para su medición en los países en vía de desarrollo.

Palabras clave: Calidad de vida, Satisfacción Personal, Promoción de la Salud, Condiciones Sociales.

Abstract

Objective: Make a literature review of the concept of quality of life and its measurement, taking into account its origin, evolution, approaches and models, which are adapted to different schools of thought, and subjective and objective measurement of the ownership concept for Colombia. **Materials and Methods:** A literature review was conducted, of which it was the description of the concepts that some authors approached from different areas of knowledge **Results:** The construct of quality of life has had its evolution through time and patterns and currents of thought on the topic, from the subjective, objective, quantitative, qualitative, biological and sociological. Turning to look into the welfare and quality of life, living conditions and quality of life. **Conclusion:** The definition of quality of life and its measurement has multiple forms of glances and interpreted, but not since its inception economic vision and marketing that gave rise to the term from developmental theories. The measurement is closely related to perceptions and expectations of individuals in their social, economic and cultural development, although prevail standardization of instruments for measuring in countries under development.

Key words: Quality of life, Personal Satisfaction, Health Promotion, Social Conditions.

Resumo

Objetivo. Realizar uma revisão da literatura sobre o conceito de qualidade de vida e sua medição, considerando-se a sua origem, evolução, abordagens e modelos, que são adaptadas às diferentes escolas de pensamento e sua medição objetiva e subjetiva. **Materiais e métodos.** A revisão da literatura está focada na descrição de alguns autores conceitos de endereços de diferentes áreas do conhecimento no que diz respeito à qualidade de construção da vida. **Resultados:** o conceito de qualidade de vida teve a sua evolução ao longo do tempo e as diferentes correntes de pensamento que tratam da questão do subjetivo, objetivo, quantitativo, qualitativo, biológica e sociológica, a partir do estudo da assistência social, padrões de vida, condições de vida e qualidade de vida. **Resultados.** O conceito de qualidade de vida teve a sua evolução ao longo do tempo e as diferentes correntes de pensamento que tratam da questão do subjetivo, objetivo, quantitativo, qualitativo, biológica e sociológica, a partir do estudo do bem-estar, normas, condições de vida e qualidade de vida de vida.

Conclusões. *A definição do conceito de qualidade de vida e sua medida tem múltiplos olhares e formas de ler, mas mantém a partir de sua criação, a visão economicista de “marketing” que deu origem ao termo das teorias de desenvolvimento. A medida está intimamente relacionado com as percepções e expectativas dos indivíduos em seu desenvolvimento social, econômico e cultural, embora a normalização prevalece para os instrumentos de medição em países em desenvolvimento.*
Palavras chave: *Qualidade de Vida, Satisfação Pessoal, Promoção da Saúde, Condições Sociais*

Introducción

De la misma manera que no existe una concepción única de salud, así también se presenta la conceptualización de calidad de vida, a pesar de ser un término que en los últimos años ha sido casi que de uso cotidiano para las diferentes áreas del conocimiento con diferentes propósitos.

El estudio de la calidad de vida “ideal” o deseos para cada individuo, cada vez se adentra más en diferentes áreas y multidisciplinarias formas de ver y medir lo que en esencia es subjetivo para cada persona, de acuerdo al área del conocimiento que haga el abordaje y sin perder de vista que el concepto surgió en el marco del “desarrollismo” donde lo que se buscaba era “bienestar”, es decir, que la fuerza de trabajo estuviera bien física, mental y económicamente para satisfacer las necesidades de producción.

Esta mirada de la calidad de vida fue la que imperó inicialmente, pero en los últimos años han surgido diferentes categorías de análisis, y es así como la medicina, la filosofía, la economía, la sociología y la ecología, cada día avanzan más en lo que respecta a este campo específico.

La calidad de vida ha sido abordada para grupos vulnerables como niños, adolescentes y ancianos, y el sector salud centra su atención en la rehabilitación (prevención terciaria) de pacientes, o en estados terminales de la enfermedad, tal como se plantea en el modelo dinámico de Leavel y Clark en su explicación del proceso salud enfermedad. Su medición se ha realizado de manera subjetiva y objetiva, tratando de ubicar en categorías de valores las percepciones y manifestaciones de las condiciones que las personas tienen con respecto a la satisfacción de los aspectos que se le valoran en un momento determinado.

Con un tema tan sensible para manejar desde su propia conceptualización es preciso iniciar su abordaje de la manera más básica y sencilla, describiendo algunos elementos conceptuales, tales como: sus antecedentes, definiciones, medición de la calidad de vida, utilidad de su medición, indicadores para su medición en Colombia, y dando una mirada al estado en el que se encuentra la investigación con respecto al tema. Todo esto con el fin de aportar algunos elementos para su revisión.

Antecedentes

Desde la versión hipocrática del paradigma antiguo, surge el interés por el “estilo de vida”, cuando Hipócrates describía que el origen de la enfermedad se debía a las causas externas “estilo de vida”, y las causas internas o pre dispositivas; cuando estas dos entidades no estaban en completo equilibrio, aparecía la enfermedad (1).

El término “calidad de vida” se remonta al siglo pasado, cuando la idea del estado de bienestar, derivado de los desajustes socioeconómicos precedentes de la gran depresión de los años 30, evoluciona y se difunde sólidamente en la postguerra (1945 -1960), en parte como producto de las teorías del desarrollismo social (Keynesianas) que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional, una vez consumada la segunda guerra mundial (2, 3). En la posguerra surge un movimiento mundial sobre el papel del Estado en la determinación del bienestar de sus comunidades: la naturaleza del Estado de bienestar consiste en ofrecer algún tipo de protección a las personas que sin la ayuda del Estado puede que no sean capaces de tener una vida mínimamente aceptable, según los criterios de la sociedad moderna (Modelo keynesiano) (4, 5).

Aunque en su momento se admitió como ideal social y económico que la calidad en el vivir era el resultado de consumir y acumular (crecimiento), esto ha sido objeto de concienzudos cuestionamientos de otras escuelas y disciplinas que han abordado el tema (2, 3).

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida (CV) aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana, cada vez más sensibles por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, que hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales - estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. (Arostegui, 1998) (6). El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores

sociales, a mediados de los 70's y comienzos de los 80's, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la calidad de vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La década de los 80's es la del despegue definitivo de la investigación en torno al término (6).

Aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de calidad de vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales(6).

Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían agruparse en dos tipos:

Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

El concepto ha seguido evolucionando y ahora diferencia los medios de los fines, los bienes materiales de los no materiales, las necesidades básicas satisfechas y las no satisfechas, las condiciones de vida del nivel de vida, y otras clasificaciones como las planteadas por Eric Allardt (7): tener, amar y ser. El tener hace referencia a condiciones materiales necesarias para sobrevivir y evitar la miseria como son los recursos

económicos, vivienda, empleo, condiciones de trabajo, salud y educación. El amar se refiere a la necesidad de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales como son el contacto con la comunidad, familia y parientes, patrones activos de amistad, compañeros de trabajo y compañeros de organizaciones, y el ser hace alusión a la necesidad del ser humano de integrarse a la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza como en las actividades políticas, participación en decisiones, actividades recreativas, vida significativa en el trabajo y oportunidad de disfrutar de la naturaleza (7).

Para Amartya Sen (8), la posibilidad de vivir mucho tiempo y de disfrutar de una buena vida a lo largo de la existencia son cosas que los seres humanos valoran y desean intensamente, es la obtención de la libertad medida a través de la obtención y desarrollo de las capacidades. En primer lugar, la gente necesita cantidades diferentes de los bienes básicos, en segundo lugar, más importante que la posesión o el acceso a los bienes es lo que dichos bienes realmente hacen a los individuos, el tercer indicador es equiparable con las actividades o funciones valiosas que un sujeto efectivamente es capaz de realizar en cuanto integrantes de una vida social (8).

Crítica Sen (9), la medición del desarrollo de las naciones con simples medidas económicas de crecimiento. Además, especifica que el desarrollo se debe medir en términos de la libertad que poseen sus ciudadanos, entendida como la capacidad de funcionamiento de las personas para llevar el tipo de vida que valoran y que tienen razón en valorar (9).

En salud el término es mirado desde varias perspectivas que han influenciado las políticas y prácticas en las últimas décadas, por los factores determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad. En la salud pública, la calidad de vida ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades (10).

Más que construir un concepto, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha centrado en la elaboración de indicadores que midan y evalúen las diferentes formas de enfermar y morir de la población (10).

La evolución del vocablo en épocas recientes, ha pasado de medir el bienestar a interesarse por el nivel de vida, las condiciones de vida, y más recientemente la calidad de vida, teniendo en cuenta que es un concepto vago, etéreo, polivalente y multifactorial, cuyas acepciones principales se han dado desde saberes médicos,

filosóficos, económicos, éticos, sociológicos, políticos y ambientales (11).

En el campo ético, en la década de los noventa, la expresión se identificó en tres contextos y significados: descriptivo, evaluativo y prescriptivo (12, 13). Sobre las teorías del bien para las personas (Dan Brock), existen tres amplias concepciones a saber: la hedonista, la de satisfacción de preferencias y la de las ideas de una buena vida. La teoría hedonista considera que el bien último para las personas consiste en sostener ciertas clases de experiencia consciente, como placer, felicidad, disfrute. La teoría de satisfacción de preferencias o teoría del deseo, consiste en la satisfacción de los deseos o preferencias entendidos como estados de situaciones tomados como objetos, por ejemplo, si el deseo de una persona es estar en un lugar determinado, este se satisface cuando esté en ese lugar (14), y la teoría sobre ideales de una buena vida o del bien sustantivo, consiste en la realización de ideales específicos explícitamente normativos (14). Las tres teorías expuestas por Dan Brock tienen como finalidad el desarrollo del concepto de "utilidad", pero las dos primeras son teorías subjetivas (auto apreciaciones basadas en criterios implícitos) (15).

La utilidad hace parte del sentir de las personas, de su concepto subjetivo sobre la satisfacción que recibe, de uno u otro bien, de su satisfacción personal y no del ideal de vida que la construcción social definió como buena vida, hace parte de su yo interno: entonces, hablar de calidad de vida es adentrarse en un mundo ideológico, en una escala de valores, en una experiencia consiente y racional que de su propia vida tienen las personas (9). Desde el campo económico no se ha construido un concepto universal sobre calidad de vida, pero sí sobre bienestar, cuyo soporte teórico y filosófico se encuentra en los "utilitaristas" como Bentham (filósofo fundador del Utilitarismo) y J.S Mill (discípulo de Bentham y seguidor de David Ricardo) y establece comparaciones entre las diversas naciones: para ello ha aportado tres patrones diferentes, los cuales han ido sucediéndose en el tiempo: renta per cápita, nivel de vida y calidad de vida. El más antiguo de todos es la medición a través de renta per cápita (Cociente entre el Producto Interno Bruto-PIB, conjunto de bienes y servicios producidos por un determinado país durante un año, y el número de habitantes del país durante ese mismo año) (16).

Las consideraciones anteriormente expuestas no aplicaron para todos los países y habiéndose demostrado que el ingreso per cápita era una medida insuficiente para determinar el bienestar de las personas, las Naciones Unidas sugirieron la incorporación de otros componentes que juntos conforman el nivel de vida. Este equivale a la renta per cápita nacional real más otros

indicadores cuantitativos en los campos de la salud, la educación, del empleo y de la vivienda y que además podía incluir todo lo relacionado con la esperanza de vida al nacer, la supervivencia infantil, el grado de alfabetización de la población adulta y la nutrición (17). Como se ha venido evidenciando a través de la literatura, la calidad de vida es una definición imprecisa y la mayoría de investigaciones que han trabajado en la construcción del concepto están de acuerdo en que no existe una teoría única que defina y explique el fenómeno. La calidad de vida pertenece a un universo ideológico, no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores, y los términos que le han procedido en su genealogía ideológica remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos (9).

Las tendencias metodológicas para valorar la calidad de vida se han dado desde los enfoques cuantitativos y cualitativos, ambos enfoques hacen esfuerzos por construir instrumentos, indicadores y escalas con el fin de abarcar la mayor cantidad de dimensiones por su mismo carácter multidimensional. En Colombia, para establecer mediciones directas sobre carencias específicas que orienten el diseño de acciones y programas de mejoramiento, y detección de los

denominados "grupos vulnerables" debido a causas de fondo (económicas, demográficas y políticas) que reflejan la distribución del poder en la sociedad, y por presiones dinámicas que traducen los efectos de las causas en condiciones inseguras de la población (18), se han implementado una serie de indicadores que dan cuenta de las condiciones de vida (18), los cuales serán abordados en apartes posteriores del documento.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) representa el intento más perfeccionado desde un organismo internacional, de elaborar un diagnóstico que permita comparaciones relativamente precisas entre países. Ello habilita a evaluar la eficiencia de acciones emprendidas y la eventual asignación de recursos mediante la focalización del gasto social (19).

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida

con la vida. Se ha puesto el acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos, como pueden ser padres, maestros o cuidadores (19).

De otro lado Jenney EM, Meriel (20) define la calidad de vida en niños y adolescentes como la percepción personal de la forma en que un paciente se siente respecto de su nivel de salud y/o aspectos no médicos de su vida. Considera la percepción del impacto de una serie de elementos médicos y no médicos relacionados con el funcionamiento físico, mental o emocional y social. En la tercera edad, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores (19).

Definiciones de Calidad de Vida

- Calidad de vida (quality of life): Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal.
- Bienestar (well-being): valoración subjetiva del estado de salud, que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico. Tiene que ver con el desarrollo de potencial humano a nivel físico, psíquico y social.
- Bienestar total (wellness): nuevo concepto de salud relacionado básicamente con la calidad de vida, que hace hincapié en las dimensiones de la existencia humana relativas a la experiencia y a la conducta.
- Condiciones de vida (living conditions): nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del entorno físico en el cual vive la persona.
- Estado positivo de salud (positive health): estado de salud que va más allá de un estado asintomático; se refiere por lo general a la calidad de vida y al potencial de la condición humana e incluye la energía para vivir, la autorrealización y la creatividad.

La calidad de vida puede definirse como bienestar subjetivo, reconociendo que la subjetividad de ésta es una de las claves para la comprensión de su estructura. La calidad de vida refleja la diferencia, el vacío, entre

las esperanzas y expectativas de una persona y su experiencia actual. La adaptación humana es tal que las expectativas de vida son por lo general ajustadas dentro de los límites de la esfera de lo que el individuo percibe a ser posible; esto permite a las personas que tienen circunstancias de vida difíciles, mantener una calidad de vida razonable (21).

El concepto de CV tiene diversas significaciones de mayor o menor amplitud, según sea el espectro de áreas de la vida de una persona que se incluyan en su valoración. En su sentido más amplio y filosófico, la CV es "lo que hace que una vida sea mejor"(22), mientras que en otras perspectivas es el bienestar mental y espiritual, o la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales, o el funcionamiento e integridad del cuerpo. En su sentido más restrictivo, la CV significa la posesión de cosas materiales (23).

Existe un gran debate sobre lo que se debe considerar como bienestar, que como se mencionó anteriormente involucra los enfoques hedonista y de satisfacción de preferencias; surge entonces la pregunta: ¿cuáles preferencias deben satisfacerse? Para pensadores igualitaristas, como Rawls, existe una medición con respecto a la satisfacción de los bienes primarios, en la cual la compensación se hace independiente del esfuerzo y deseo de los individuos, lo que los coloca en una posición paternalista, ya que no tienen en cuenta la posibilidad de elegir. A esta posición se le contrapone otra que habla de la igualdad de oportunidades para el bienestar, teoría que permite, y de hecho prescribe las diferencias en la igualdad en el bienestar, cuando ellas reflejan la elección de las personas involucradas. En una posición extrema, Nozick (24) plantea que las personas tienen posibilidad real de elegir, o no hay libre elección en lo absoluto.

La calidad de vida relacionada con la salud, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de la CV que es debido a las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global (25).

Las definiciones de CV están íntimamente relacionadas con las diferentes necesidades del hombre. Estas necesidades pueden ser básicas, las cuales una vez satisfechas ya no se les presta atención, mientras existen otras que no desaparecen y están enfocadas en las relaciones con los demás y sentimiento hacia uno mismo. En 1991, Maslow realizó una jerarquía de necesidades, representada por la siguiente figura:

Figura 1. Pirámide de Necesidades de Maslow.

Tomada de: Investigación sobre envejecimiento y calidad de vida. Universidad de las Américas. Puebla. 2004

El escalón básico de Maslow es el de las necesidades fisiológicas, hambre y sed. Cuando el ser humano tiene ya cubiertas estas necesidades empieza a preocuparse por la seguridad de que las va a seguir teniendo cubiertas en el futuro y por la seguridad frente a cualquier daño. Una vez que el individuo se siente físicamente seguro, empieza a buscar la aceptación social, quiere identificarse y compartir las aficiones de un grupo social y quiere que este grupo lo acepte como miembro. Cuando el individuo está integrado en grupos sociales, empieza a sentir la necesidad de obtener prestigio, éxito, alabanza de los demás. Finalmente, los individuos que tienen cubiertos todos estos escalones, llegan a la culminación y desean sentir que están dando de sí todo lo que pueden o desean crear.

Aportes conceptuales sobre calidad de vida

La Carta de Ottawa de 1986 (21) define la promoción de la salud como el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Establece un conjunto de condiciones y requisitos para la salud, que se asemejan a lo que podríamos concebir como CV: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. A esto se agrega información, educación para la salud y mejora de las capacidades aplicables a la vida cotidiana (21).

El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos.

Es mejor proceso de desarrollo aquél que eleva más la calidad de vida de las personas, ésta última depende de las posibilidades de satisfacer adecuadamente las necesidades humanas fundamentales.

Las personas tienen necesidades múltiples e interdependientes, las que se pueden agrupar de acuerdo a criterios existenciales y axiológicos, entre otros. Las necesidades deben diferenciarse de los satisfactores.

Es importante considerar como marco de referencia del concepto de CV, las necesidades básicas de las personas. Al respecto existen diversas propuestas de sistematización de necesidades básicas, entre las cuales se han seleccionado las de Maslow y Max-Neef (26).

El marco de necesidades básicas propone un referente o línea basal para comparación entre situación percibida y expectativas, lo cual reduciría el riesgo de inequidades en la medición de CV; por otra parte, aun cuando no sea utilizado en la construcción de escalas de medición, sí puede aportar en el momento del análisis o juicio crítico de los resultados obtenidos en la mediciones de CV (26). La CV se define como satisfacción de vivir. Tiene un carácter subjetivo, especialmente a nivel individual. Es la sumatoria de factores que derivan de la interacción entre sociedad y ambiente, alcanzados en la vida respecto a necesidades biológicas y físicas. Es el grado de satisfacción alcanzado (en la satisfacción de necesidades inherentes y adquiridas) en el ámbito de las áreas física, psicológica, social, de actuación, material y estructural. Se reconocen necesidades concretas (ej. alimentación, vivienda) y abstractas (ej. autoestima) (27).

Dado que la calidad de vida no depende exclusivamente de bienes o servicios que se transan en el mercado, se deben diferenciar los conceptos de pobreza y calidad de vida.

En este sentido, la calidad de vida no tiene connotación económica solamente, sino que tiene que ver más bien con desarrollo humano; puede mejorar independientemente de los recursos materiales. El bienestar psicosocial es un componente fundamental de la CV e incluye: recreación, trabajo digno, reconocimiento, participación, afecto, conocimientos – habilidades – hábitos y valores para la vida diaria, sentido de la vida versus vacío existencial, experiencia mutua solidaria, etc.

Lo que le falta a la pobreza no es (solamente) riqueza sino una mejor CV, la cual a su vez también puede faltarle a los ricos (28).

Se define nivel de vida como el dominio de los individuos sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros, por medio de los cuales el individuo controla y dirige conscientemente sus condiciones de vida (24).

Recientemente se han encontrado publicaciones en las que los autores concluyen que la literatura sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres cosas: (a) Es subjetiva, (b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida (29). En este contexto, es importante destacar la necesidad que plantean algunos autores de incorporar aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida (30).

Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida

Las técnicas y estrategias para mejorar la CV de individuos y comunidades coinciden en gran medida con las de la promoción de la salud, pero no son exactamente las mismas. Existe evidencia empírica de que la CV se puede mejorar actuando tanto en forma preventiva como a través del tratamiento de la enfermedad (Spilker 1990).

La promoción y facilitación de la CV individual y colectiva deben tenerse cada vez más en cuenta tanto en la prevención de la enfermedad como en la planificación sanitaria (Kaplan 1994).

Evans (31) agrupa las estrategias de promoción de la CV en programas dirigidos a las personas y programas orientados al ambiente. En los primeros se trata de conseguir un desarrollo de la autoestima, la autoeficacia y de los sentimientos de dominio y control de los sujetos (destrezas interpersonales, habilidades de solución de problemas, asertividad, estrategias de afrontamiento, etc.). En la segunda perspectiva se trata de modificar el ambiente social o físico (redes de apoyo social, adentamiento del medio natural, etc.)

Argyle, Evans y otros autores (31) señalan los siguientes procedimientos para aumentar la felicidad (y por lo tanto la CV) en población general: desarrollo de la autoeficacia y la autoestima, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de solución de 31 problemas para mejorar el nivel general de funcionamiento, por ejemplo pensar en hechos agradables, ver películas divertidas, escuchar música alegre, decirse autoinstrucciones positivas, aumentar las actividades agradables, tener buenas relaciones con los demás, contar con sistemas

de apoyo social adecuados, participar en actividades de ocio y trabajo satisfactorias.

Dimensión subjetiva y objetiva de la calidad de vida
En la investigación de CV a menudo se distingue entre la CV subjetiva y objetiva. La subjetiva está relacionada con sentirse bien y estar satisfecho con las cosas en general, la objetiva se refiere al cumplimiento de las demandas sociales y culturales de la riqueza material, la posición social y el bienestar físico (32).

Medición de la Calidad de Vida

La mejor manera de acercarse a la medición de la CV, es medir el grado en que las necesidades de felicidad de la gente se cumplen, es decir, estas necesidades son una condición necesaria de la felicidad de cualquier persona - sin las cuales ningún miembro de la raza humana puede ser feliz (33).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha publicado el Índice Anual de Desarrollo Humano (HDI) para los países de todo el mundo. Se analiza la salud, la educación y la riqueza de los ciudadanos de cada nación por la medición de la esperanza de vida, el rendimiento escolaridad y el nivel de vida (PIB real per cápita) (34).

Indicadores para la medición de la calidad de vida en Colombia

Método directo o necesidades básicas insatisfechas (NBI): establece una relación directa entre la pobreza y necesidad manifiesta en carencia material de bienes, situación de marginamiento cultural y étnico; el cuestionamiento geográfico, institucional y político de pobreza, es construido a través de porcentaje de hogares con viviendas inadecuadas, sin servicios básicos, en hacinamiento crítico, con alta dependencia económica y con ausentismo escolar (35).

Método indirecto o línea de pobreza (LP): mide los niveles de vida con referencia a una línea de pobreza. El método de línea de pobreza mide la capacidad de los ingresos corrientes de los hogares para adquirir una canasta normativa de consumo básico que se calcula a partir de determinar una dieta mínima y la proporción que el consumo de alimentos representa dentro de los gastos de los hogares, provee una aproximación indirecta de la magnitud de la pobreza (35).

Método Integrado de Pobreza (MIP): aplicación cruzada de los métodos de NBI y LP que permite captar algunos rasgos descriptivos de la heterogeneidad de la pobreza en cuatro grupos: no pobres (hogares que

no experimentan problemas de pobreza), pobreza estructural (hogares con ingresos por encima de la línea de pobreza pero presentan NBI), pobreza coyuntural (hogares con satisfacción en todas sus necesidades definidas como básicas, pero reciben ingresos por debajo de la LP), y pobreza crónica (hogares que tienen al menos una NBI y reciben ingresos cuyo nivel está por debajo de la LP) (36).

Índice de Calidad de Vida (ICV): El Departamento Nacional de Planeación toma la definición de CV de Amartya Sen como “la capacidad de lograr el conjunto de quehaceres y estados socialmente valiosos y alcanzables en un tiempo y en un espacio concreto” y construye este indicador, el cual agrupa cuatro factores: acceso y calidad de los servicios públicos domiciliarios, educación y capital humano, tamaño y composición del hogar y calidad de la vivienda. El resultado final es un indicador del estándar de vida que clasifica a los hogares, según el valor o categoría que posean en cada una de las variables que entran en el índice (37). Índice de Calidad de Vida de Medellín (ICV): el Departamento Administrativo de Planeación Municipal define la CV como “el nivel o grado adquirido por la población sobre un conjunto integrado de características consideradas deseables para satisfacer necesidades fundamentales para su existencia de la vivienda y de las personas que componen el hogar”, tales como: servicios de la vivienda, capital humano y seguridad social. A 2008 se habían realizado tres encuestas: 1997, 2001 y 2004 (37).

Encuesta de Pobreza y Calidad de Vida: el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ha elaborado estudios sobre pobreza y ha trabajado en indicadores que permitan conocer el número de pobres y el estudio de sus características. Se concibe la CV del hogar como las condiciones en las que habitan, conviven y se desarrollan los miembros del hogar (38-39).

Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS): Profamilia realiza estudios de cobertura nacional con representatividad urbana y rural, por regiones y subregiones del país, donde se recopila información sobre características de los hogares y sus miembros, mujeres en edad fértil y los menores de cinco años, fecundidad, nupcialidad y planificación familiar, entre otros (40-41).

Índice de Desarrollo Humano (IDH): indicador comparativo con parámetros internacionales, que gravita básicamente sobre tres logros esenciales que en forma homogénea persigue la humanidad: longevidad, logro educacional, y acceso a los recursos. Para el cálculo de estos aspectos se toma la esperanza de vida al nacer, el

grado de alfabetización y el ingreso per cápita de cada país región (35-42).

Utilidad de la medición de “Calidad de Vida”

En líneas generales, para Schallock (1996) la investigación sobre CV es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una “Quality revolution” que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyo y de técnicas de mejora de la calidad.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud: numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas (mortalidad/morbilidad) están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la CV del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, SIDA, asma y esclerosis múltiple, entre otras (43).

Inicialmente se definió como un “concepto que fue introducido en la década de los setenta como elemento

cualitativo en oncología para la evaluación de los tratamientos, respecto al control de los síntomas y al desempeño del paciente”, luego se extendió a otras especialidades como la reumatología, la geriatría, etc. (44).

En pro de considerar la salud no como mera ausencia de enfermedad clínicamente diagnosticada, sino en el sentido de salud colectiva, el orden social actual producto de lo que se reflexiona como crisis de la modernidad, no resulta especialmente favorable para un bienestar social general aún en los países centrales. Por el contrario, analizada sociológicamente la relación entre calidad de vida y salud, se debe hacer hincapié en una perspectiva que considere la asociación mente - cuerpo y la relación con el entorno (45).

En este sentido, CV puede verse como “las relaciones humanas y de estilos de vida creativos y percepciones más personales del tiempo, el territorio y el cuerpo”, a lo que hay que agregar que implica un cierto nivel de vida, en el sentido de más consumo, pero que no se reduce a este último (45).

Instrumento validado para Colombia para la medición de la Calidad de vida en Salud (cuestionario SF – 36)

El SF-36 Health Survey (46-48) fue desarrollado en el Estudio de los resultados médicos (Medical outcomes Study - MOS) adelantado en tres ciudades de Estados Unidos durante los años 80's, el cual contenía un conjunto amplio de cuestionarios con 40 conceptos relacionados con la salud. El SF-36 es un instrumento genérico del estado de salud, construido para llenar el vacío existente entre los cuestionarios muy largos y los demasiado cortos. Incluye 36 ítems, que es el mínimo requerido para satisfacer estándares psicométricos mínimos, necesarios para comparar grupos (49).

En buena parte los autores coinciden, aunque con terminologías diferentes, en que el constructo teórico de la CVRS involucra al menos cinco dimensiones con distintas representaciones de acuerdo con el problema que se quiera abordar. Estas son: (50-51)

- 1- Estado físico y ocupacional y habilidades funcionales.
- 2- Estado psicológico y bienestar.
- 3- Interacciones sociales.
- 4- Estado vocacional y/o factores económicos.
- 5- Estado espiritual y/o religioso.

Conclusiones

El concepto calidad de vida ha evolucionado teórica y metodológicamente, involucrando diferentes aéreas

del conocimiento y disciplinas científicas. Sin embargo, el predominio de los indicadores económicos para su medición continúa marcando la pauta en los países en vía de desarrollo fundamentalmente.

A pesar de que el concepto “Calidad de vida” ha tenido muchas connotaciones por parte de diferentes autores a través de la historia, la gran mayoría de éstos apuntan hacia la felicidad y satisfacción de las personas, teniendo en cuenta que la CV no tiene que ver sólo con lo económico, pues este es uno más de sus componentes.

Cuando se habla de poblaciones vulnerables para el análisis de la calidad de vida, no se logra ver claramente dónde está reflejada la población laboral vulnerable, siendo ésta la que finalmente soporta toda la carga económica y social propia y de las personas que tiene a su cargo. Sólo se logra vislumbrar para el análisis con grupos vulnerables la diferenciación general por edad para niños, adolescentes y adultos mayores.

Para el análisis de este tema es necesario abarcar el aspecto subjetivo, es decir sentirse feliz con lo que se es y no solo con lo que se tiene, apuntando siempre hacia la dignidad y el respeto del ser humano.

La calidad de vida relacionada con la salud, aunque se analiza generalmente desde un enfoque clínico postratamiento, para valorar los resultados de las intervenciones, también permite realizar un análisis muy importante no sólo de las repercusiones físicas sino también de los cambios relacionados con el comportamiento y estado de ánimo que presenta una persona después de un diagnóstico por ejemplo de cáncer o sida, mostrando una nueva preocupación, ya no sólo por la cura de la enfermedad, sino también por el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Se evidencia la necesidad de avanzar en el estudio y análisis de la CV para la población, con una mirada más holística e integradora, tal como lo propone la Medicina Social para América Latina y de este modo ir acercándonos más al proceso de salud-enfermedad con un enfoque incluyente y participativo en todos los niveles de reproducción social.

Referencias

1. Quevedo E. El proceso salud enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Sociedad y salud. Medellín: Zeus asesores Ltda.; 1992. p. 10 - 5.
2. Espinosa O. Apuntes sobre calidad de vida, desarrollo sostenible y sociedad de consumo: una mirada desde América Latina. In: CIEDLA

- RcdIFKAdAye, editor. La flor de la vida. Medellín: Univerdidad de Antioquia; 2006. p. 39.
3. Rueda S. Habitabilidad y calidad de vida. In: 2001 SeiDehhauecphCdmd, editor. La flor de la vida. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006. p. 39.
 4. Aliena R. Once hipótesis sobre el estado de bienestar y la política social. In: social Cdt, editor. La flor de la vida. Medellín: Univerdidad de Antioquia; 2006. p. 43.
 5. Sen A. El futuro del estado de bienestar. La flor de la vida. Medellín: Univerdidad de Antioquia; 1999. p. 43.
 6. Gómez M, Sabeh E, N. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Journal [serial on the Internet]. 2000 Date [cited 2008 27-01-2008].
 7. Allardt E. Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. In: Antioquia Ud, editor. La flor de la vida. Medellín: Universidad de Antioquia; 1998. p. 44.
 8. Sen A. La salud en el desarrollo. In: Organ BWH, editor. La flor de la vida. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p. 44.
 9. Cardona A, Doris., Agudelo GB. La flor de la vida. Antioquia Ud, editor. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006.
 10. Fleury E, Da Costa C, Lana. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais emetodológicos. In: 2004;20(2) CSP, editor. La flor de la vida. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. p. 44.
 11. Universidad de Navarra IEyH. Bienestar, felicidad, nivel de vida y calidad de vida. In: Universidad de Navarra [sitio internet] dehwuueeasmsidhCdad, editor. La flor de la vida. Medellín: Universidad de Antioquia. p. 44.
 12. González P. ¿Hacia un nuevo paradigma de la Sociedad y el Estado? El socialismo del futuro. 1992;5:107.
 13. Lukomski A. Capítulos de libro: "Bioética y Calidad De Vida. En: Calidad de vida: historia y futuro de un concepto problema. Editorial: El Bosque, Bogotá, Colombia. 2002. No.15.
 14. Brock D. Medidas de calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica. In: The United Nations University FdCE, editor. La calidad de vida. México; 1998. p. 135-81.
 15. Veenhoven R. The four qualities of life La Flor de la Vida. Medellín Universidad de Antioquia; 2000. p. 1-39.
 16. Rodado N, RE Gd. La tierra cambia de piel: Una visión integral de la calidad de vida. In: Planeta, editor. La flor de la vida. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001. p. 42.
 17. Erikson R. Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica; 1998. p. 101-20.
 18. Blaikie P, Cannon T, David I, Wisner B. Vulnerabilidad In: Latina RdesepddeA, editor. La flor de la vida. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. p. 45-8.
 19. Falero A. Calidad de vida ¿eslogan afortunado o categoría de análisis? su aplicación en ciudades latinoamericanas. Journal [serial on the Internet]. 2000 Date [cited 2000 30-01-08]; 19(www.rau.edu.uy/fcs/soc/Publicaciones/Revista/Revista15/Falero.html).
 20. Meriel E, Jenney., Campbell S. Measuring quality of life. Rchives of disease in chidhood. [Research and development centre, University of Manchester]. 1997 30-01-08;77:447-350.
 21. OPS/OMS OPdIS. Relaciones entre calidad de vida y promoción de la salud Promoción de la Salud: Una Antología Publicación Científica No 557. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1996. p. 367- 72.
 22. Parfid D. Reasons and Persons. In: Económica FdC, editor. La calidad de vida. Mexico: The United Nations University; 1998. p. 135-82.
 23. Dijkers M. Quality of life arter pinal cord injury: a meta analysis of the effects ofdisablement components. Spinal Cord. 1997;35:829-40.
 24. NUSSBAUM M, SEN A. La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica. ; 1998.
 25. O'Connor R. Development of the helalth effects scales. Working Paper 43, NHMRC National Centre for Health Program Evaluations, Melbourne. 1995:3-17.
 26. MAX NEEF M. Desarrollo y necesidades humanas. Desarrollo a Escala Humana. Uruguay; 1994.
 27. FORATTINI OP. Qualidade de vida e meio urbao. A cidade de Sao Paulo, Brasil. Rev Saude Publ. 1991;2:75-86.
 28. DOCKENDORF C. Solidaridad: la construcción social de un anhelo. 2 ed. Ediciones S, editor. Santiago de Chile: Fundación Soles; 1995.
 29. Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Rev. Terapia psicológica,30(1), 61-71 [internet]. [Consultado 2013 07 30]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-48082012000100006).
 30. Trujillo, S., Tobar, C., & Lozano, M. Formulación

- de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3, 2004. p89-98.
31. Evans, M.A. SIMON, ED. Manual de psicología de la salud. Ed. Biblioteca Nueva, S.L., Madrid, 1999. esta es la que queda de 29, cambiar números de aquí en adelante
 32. Ventegodt S. Estudio sobre la relación entre la calidad de vida y los sucesos traumáticos en la vida temprana - 30 años de seguimiento. Dinamarca: Centro de Investigación de Calidad de Vida; 1998.
 33. McCall S. Quality of life Social Indicators Research. Pendiente; 1975.
 34. (UNDP) UNDP. Human Development Report. New York: Oxford University 1999.
 35. Ciudadana LV. Veeduría Ciudadana al Plan de Desarrollo. Sistema de Indicadores de Calidad de Vida. Medellín. medellín; 2002.
 36. Urrea F. Condiciones sociodemográficas, pobreza y desigualdad en el valle del Cauca: un análisis basado en la Encuesta de Calidad de Vida, DANE 2003. Cali; 2004.
 37. Planeación DNd. Informe de Desarrollo Humano para Colombia, El Índice de Condiciones de Vida. Bogotá; 1998.
 38. Estadística DANd. Encuesta Calidad de Vida, 1997: Ficha metodológica. . Bogotá; 1997.
 39. Estadística DANd. Encuesta Calidad de Vida, 2003: presentación de resultados. Bogotá; 2003.
 40. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: resultados ENDS-2000. Bogotá; 2000.
 41. Profamilia SSyReS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: resultados ENDS-2005. Bogotá; 2005.
 42. PNUD PdINUpeD. Informe sobre el Desarrollo Humano Madrid; 2003.
 43. Ronchetti F. El concepto de la calidad de vida como criterio de valoración en el derecho. 2006;39.
 44. Bepali Y. Calidad de vida ¿valor bioético? Relaciones. 1996:32.
 45. Vicens J. El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida. Madrid; 1995.
 46. Collen A, et al. The MOS 36 item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs *Medical Care*. 1993;31(3):247-63.
 47. McHorney C, Ware J, et al. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patients groups. *Medical Care*. 1994;31(1):40-66.
 48. Ware JE, Sherbourne C. The MOS 36-item short form health survey: I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;30(6):473-83.
 49. Ware JE. SF-36 Health survey Update *Spine*. 2000;25(24):3130-9.
 50. Spilker B. Introduction to quality of life and Pharmacoeconomics in clinical trial 2ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.
 51. García HI, Lugo LH. Adaptación cultural y fiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en instituciones de salud de medellín (Colombia). Medellín; 2002.

| Forma de citar: |

Salas C, Garzón MO. La noción de calidad de vida y su medición. *Rev CES Salud Pública* 2013; 4(1): 36-46



UNIVERSIDAD CES

Un Compromiso con la Excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 21 de marzo de 2007