

# Calidad de vida: revisión de sus aspectos conceptuales

## *Quality of life: Review of its conceptual aspects*

María Beatriz Ospina García<sup>(1)</sup>

---

### **RESUMEN**

La confusión alrededor del término calidad de vida es muy amplia y diferentes autores han intentado aproximaciones al concepto a partir de perspectivas a veces diametralmente opuestas. El objetivo de este artículo es proporcionar un marco de referencia para comprender las distintas maneras de entender este concepto, para finalmente llegar al planteamiento de un modelo de calidad de vida, según es entendido en la actualidad. Aunque que muchas de sus diferencias están lejos de ser superadas, la naturaleza multidimensional de un constructo derivado de este modelo abre un campo de investigación muy interesante, que ofrece tanto a pacientes como a clínicos un camino común para evaluar la efectividad de los tratamientos. Cinco perspectivas diferentes han contribuido a la evolución del término: a.) El punto de vista psicológico, b.) El concepto de utilidad, c.) El concepto centrado en la comunidad, d.) el concepto de reintegración a la vida normal y e.) El principio de la distancia.

Palabras clave: calidad de vida, evaluación, paciente, función, investigación cualitativa.

### **SUMMARY**

There are a broad confusion around the term «Quality of life» and authors use different approaches to the concept from very different perspectives. The objective of this review is present to the clinician the background in understanding the concept of Quality of life and present an updated model of the concept of quality of life. Although conceptual differences in the use of the term are far to be resolved, the multidimensional nature of the construct generated by the quality of life model give patients and clinicians a new field of research and a common pathway to evaluate the effectiveness of therapeutic interventions.

Five different perspectives underlie the evolutions of the term «Quality of life»: a.) a psychological approach, b.) the utility concept, c.) community – centered concept, d.) the return to the normal life concept, and e.) the principle of distance.

Key words: Quality of life, evaluation, patient, function, qualitative research.

---

El concepto de calidad de vida se ha convertido en un asunto que ha adquirido un valor cada vez más grande dentro de los procesos de análisis de decisiones clínicas y se ha convertido en objeto de creciente evaluación e investigación. Este interés por la calidad de vida se ha generado a partir de la necesidad actual de describir los resultados generales del desempeño de nuevos procedimientos diagnósticos o intervenciones terapéuticas de diversa índole, en una forma que tenga sentido tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

De esta manera, se ha convertido en una medida de eficacia en experimentos clínicos que pretendan explorar las diferencias que pueden existir entre dos tratamientos, que tengan diferencias marginales con respecto a las tasas de mortalidad o morbilidad o bien, cuando se deseen comparar los desenlaces correspondientes a dos modalidades de tratamientos diferentes. Las medidas de calidad de vida también permiten evaluar la carga de distintas enfermedades y el impacto que pueden tener sobre el bienestar y nivel de funcionalidad de las personas.

---

(1) Egresada Epidemiología, Escola Paulista de Medicina. Centro de Evaluación Económica de Canadá.

**Correspondencia:** Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, Cra 16A Nº 80 - 74 Oficina 404 Bogotá, Colombia.  
Telefax: (571) 623 18 68 - 623 18 03

Reimpreso de: *Rev. Colomb. Neumol.* 2008; 11(3): 170-173.

En paralelo con la extensión que ha adquirido su uso, la confusión en cuanto a su definición es muy amplia, ya que diferentes autores han intentado aproximaciones al concepto de calidad de vida a partir de perspectivas a veces diametralmente opuestas. El objetivo de este artículo es, precisamente, proporcionar un marco de referencia para entender las distintas maneras de entender el concepto, para, finalmente, llegar al planteamiento de un modelo de calidad de vida según es entendido en la actualidad.

El término «calidad de vida» ha sido construido a partir de diferentes niveles de análisis referentes al bienestar físico, psicológico, espiritual, social, económico y político de los individuos y los grupos sociales. En la clínica, la elaboración conceptual se ha desarrollado alrededor de cuatro dominios: 1. Estado físico y habilidades funcionales, 2. Estado psicológico y bienestar personal. 3. Interacciones sociales y 4. Factores económicos y vocacionales (1). Recientemente se ha introducido una quinta dimensión, denominada estado espiritual o religioso que a pesar de ser difícilmente mensurable, constituye un área de funcionamiento que es de vital importancia para las personas en su cotidianidad.

## **HACIA UNA DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA**

La formulación del concepto de calidad de vida ha sido el resultado de un proceso global de consenso entre investigadores de diversos campos del conocimiento, que se han planteado el interrogante acerca de la posibilidad de construir una definición que fuese aceptada como la base para el desarrollo y ulterior evaluación de instrumentos de medición clínicamente útiles de la calidad de vida de las personas. Cinco perspectivas diferentes han contribuido a la evolución del término: a. El punto de vista psicológico, b. El concepto de utilidad, c. El concepto centrado en la comunidad, d. El concepto de reintegración a la vida normal y e. El principio de la distancia (2,3).

### **a. El punto de vista psicológico**

Desde una mirada psicológica y antropológica, la calidad de vida reflejaría la experiencia de un individuo en relación a los procesos de salud – enfermedad. El énfasis está puesto sobre las percepciones que el paciente tiene sobre su enfermedad y no en la forma como ésta es definida a partir de valores fisiológicos. Una situación que ilustra la divergencia entre estas dos posiciones es la de un paciente diagnosticado por el clínico como «hipertenso», cuando está asintomático. En esta situación, el clínico ha diagnosticado una «enfermedad» cuando el paciente se siente «sano».

Existen muchas variables que contribuyen a la vivencia del padecimiento de una enfermedad: la percepción de los síntomas, la forma como el paciente los denomina, como comunica el malestar que le producen, la sensación de no poder funcionar de una manera normal y los métodos que utilizan los pacientes y sus familias para ejercer algún control sobre la enfermedad. En particular, en aquellas condiciones crónicas, los problemas generados alrededor de la vivencia de la enfermedad pueden ser amplificadas por la respuesta psicosocial que se genera frente a los síntomas.

Es claro, entonces, que las variables psicológicas tienen relevancia en la consideración de la etiología y el tratamiento de muchas enfermedades. Incluso, modelos recientes han sugerido la presencia de una asociación entre ciertos estados psicológicos y el funcionamiento del sistema inmunológico (4). En términos prácticos, esto significaría que los estados psicológicos y fisiológicos no son independientes sino mutuamente influyentes. De esta manera, el punto de vista psicológico proporciona un aporte importante: que una proporción importante de la discapacidad derivada de una enfermedad recae en las percepciones que el paciente tiene sobre ella y también en los resultados basados en mediciones «objetivas» de ciertos estados psicológicos.

### **b. El concepto de utilidad**

Un elemento que definiría también la calidad de vida estaría dado por las concesiones que los individuos hacen acerca de la CANTIDAD y la CALIDAD de vida. muchas personas preferirían vivir a cualquier precio durante muchos años, mientras otras no concebirían la vida si no es en unas condiciones muy particulares. Existen diversos estudios sobre el tema (5,6) que muestran que la selección de una u otra alternativa depende de la edad, la ocupación y de otra serie de factores que, en ocasiones, son difíciles de evaluar, puesto que están sujetos a variaciones culturales influidas por los valores vigentes dentro de los grupos sociales.

Las primeras aplicaciones del concepto de utilidad planteaban la situación casi como un juego en que hipotéticamente se otorgaban valores definidos a la preservación o pérdida de un órgano o función. Con el tiempo, el concepto ha contribuido a entender cómo las personas se acomodan a una situación de incapacidad o a la pérdida de una parte de ellas mismas.

De hecho, este proceso de «análisis de decisiones» centrado en las concesiones que el paciente está dispuesto a hacer frente a la eventualidad de la pérdida de una función o de un órgano, está presente todo el tiempo en la búsqueda del paciente por mantener o alcanzar el máximo nivel de calidad de vida posible.

### c. El concepto centrado en la comunidad

Ware (3) ha propuesto una forma de considerar las variables que constituyen la calidad de vida a través del sentido del impacto que una enfermedad tiene en la comunidad. Estas variables, agrupadas en dominios que guardan una relación casi vertical entre sí, contemplan entre otras los parámetros fisiológicos de la enfermedad, el funcionamiento personal, el bienestar psicológico, las percepciones acerca del estado de salud y los roles sociales.

Dentro de estas variables, aquellas referentes al estado físico serían consideradas como altamente específicas con respecto a la enfermedad. El funcionamiento personal, definido como la capacidad para ejecutar actividades básicas cotidianas, sería una variable a menudo insensible al estadio de la enfermedad y por sí sola no proporcionaría un panorama completo del grado de salud y bienestar.

Las variables psicológicas en este abordaje pueden ser entendidas, por derecho propio, como una categoría de enfermedad que interactúa con los padecimientos físicos. En este esquema, el bienestar psicológico reflejaría la respuesta a la enfermedad física o al tratamiento instaurado para ésta (7).

La percepción del estado general de salud es considerada como la evaluación que el sujeto hace de los tres elementos precedentes y, en particular, se refiere a los valores personales que deposita en cada concepto. Por último, la función social hace alusión a la capacidad que el individuo tiene para desempeñar las actividades que usualmente realiza, como trabajar, estudiar, cuidar la casa, etc.

A través de este modelo, Ware otorga un orden a estas categorías, de acuerdo con una lógica particular que considera la función física como el elemento central. Proporciona también la posibilidad de otorgarle pesos o valores relativos a cada uno de los componentes del constructor de calidad de vida.

### d. El concepto de reintegración a la vida normal

Algunos autores (8) han intentado hacer equivalente este concepto con la noción de calidad de vida. Involucra una reorganización de las dimensiones física, psicológica y social luego de un trauma o una enfermedad incapacitante, de manera que el individuo pueda reajustarse en un estado de bienestar general. Algunos dominios descritos para desarrollar este modelo incluyen las actividades de autocuidado, las actividades cotidianas, recreacionales, sociales, familiares, el auto-concepto, las relaciones interpersonales y las habilidades para resolver problemas.

A pesar de que éstas son dimensiones que podrían hacer pensar que hablar de una reintegración a la vida normal sería lo mismo que hablar de calidad de vida, cabe aclarar que la reintegración significa «la habilidad de hacer lo que se tiene que hacer» (9), lo cual no significa necesariamente estar libre de síntomas o de enfermedad.

De esta manera, puede ser una medida apropiada para evaluar los tratamientos propuestos para enfermedades crónicas, en las que no hay curación para la enfermedad y en las que el paciente tiene que aprender a vivir con ella. En esta medida, sería un término que se aproximaría bastante a lo que es calidad de vida en estas condiciones crónicas.

### e. El principio de la distancia

Calman (2) ha definido la calidad de vida como la distancia que existe entre las expectativas y los logros del paciente. Bajo este principio, mientras el paciente se sienta más capaz de alcanzar sus expectativas, mayor será su calidad de vida y viceversa. El establecimiento de estas expectativas es fluctuante, no sigue un patrón estable en el tiempo e incluso varía en función de la evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.

## UNA DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Hasta este punto, parece claro que la calidad de vida es un concepto multidimensional, variable en el transcurso del tiempo y, sobre todo, una condición percibida por el paciente. A partir de estas discusiones conceptuales se construye una definición funcional de calidad de vida que puede ser evaluada y medida en el transcurso del tiempo y que contempla el punto de vista del paciente sobre su condición. Sin embargo, este acto de medición de alguna manera contiene un componente subjetivo entendido en dos sentidos. Muchas de las dimensiones descritas no son medibles físicamente de una manera directa y, según lo expresado por Kaplan y cols (11) se trata de una «evaluación de la dimensión cualitativa del funcionamiento».

Hasta hace muy poco tiempo, los clínicos veían esta evaluación «subjetiva» del funcionamiento con bastantes reservas, apoyados en varios motivos: la creencia de que la investigación clínica tiene y debe tener un método idéntico al de las llamadas «ciencias puras», la creencia de que los parámetros psicosociales son de menor importancia, si se comparan con los datos arrojados a partir del estudio de los mecanismos fisiológicos de las enfermedades y, en ocasiones, la falta de familiaridad con otros abordajes metodológicos.

Afortunadamente, muchos de estos prejuicios han ido cediendo, para dar paso a una situación en la que es posible considerar que existen diversos constructos teóricos que orientan el acto de investigación, diversas estrategias que logran una aproximación al problema de la calidad de vida de manera particular, pero que pueden configurar una definición que, si bien no es definitiva, por lo menos tiene un carácter mucho más definido (Y valga aquí el juego de palabras).

El objetivo de un tratamiento es atenuar o remover los efectos manifiestos de una enfermedad. En este sentido, la medida sobre la calidad de vida representa la contribución que tienen en el proceso terapéutico los factores fisiológicos, psicológicos y sociales. De esta manera, la aplicación de instrumentos que sean adecuadamente diseñados y evaluados en investigaciones sobre la calidad de vida proporcionará información objetiva acerca de procesos que hasta hace muy poco eran considerados como esencialmente intangibles.

A pesar de que muchas de estas diferencias están lejos de ser superadas, la naturaleza multidimensional de un constructor derivado de este modelo abre un campo de investigación muy interesante, que permite tanto a pacientes como a clínicos un camino común para evaluar la efectividad de los tratamientos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bowling A. Measuring disease. Open University press. Buckingham, 1997.
2. Calman KC. Quality of life in cancer patients –an hypothesis. *J Med Ethics* 1984; 53: 2316-23.
3. Ware JE. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer* 1984; 53: 2316-23.
4. Levy SM, Herberman RB, Maluish AM, Schlien B, Lippman M. Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychol* 1985; 4: 99-113.
5. Mcneil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival: Tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1981; 305: 982-7.
6. Singer PA, Tasch ES, Stocking C, Rubin S, Sieger M, Weichselbaum R. Sex or survival: Trade-offs between quality and quantity of live. *J Clin Oncol.* 1991; 9:328-34.
7. Mchorney CA, Ware JE, Rackzek AE. The MOS 36-item short form health survey (S-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31: 247-63.
8. Wood Dauphinee S, Williams JI. Reintegration to normal living as a proxy of quality of life. *J Chronic Dis* 1987; 40: 491-9.
9. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J, et al. Measuring quality of life of cancer patients: A concise Q/L index for use by physicians. *J Chronic Dis* 1981; 34: 585-97.
10. Jenkins CD, Jono RT, Stanton BA, Stroup CA. The measurement of health-related quality of life: Major dimensions identified by factor analysis. *Soc Sci Med* 1990; 31: 925-31.
11. Kaplan RM, Anderson JP, Wu AW, Mathews WC, Kozin F, Orenstein D. The quality of well-being scale. Applications in AIDS, cystic fibrosis and arthritis. *Med Care* 1989; 27: S27-S43.
12. Slevin MR, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor of the patient? *Br J Cancer* 1988; 57: 109-12.