



CUADERNOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
Volumen 3 Número 90 Caracas JULIO - DICIEMBRE 2015

ISSN 0798-0388. Depósito legal pp. 196502 dj 714

http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp

Tercer Volumen Digital

Fundada en agosto de 1965



LA CALIDAD DE VIDA EN LA PERCEPCION DE LA SALUD. REVISION DE LA LITERATURA

Arianna Lambertini Poggioli (*)

RESUMEN

La evolución de los paradigmas científicos que han influenciado los patrones de salud, han provocado que el concepto de salud haya sufrido continuos cambios que, más allá de cercarlo, lo han complementado y enriquecido. El surgimiento del paradigma Salutogénico a contribuido en la consideración de los individuos como participantes activos de su salud, desligándolo del antiguo paradigma Biomédico centrado en la dicotomía salud/enfermedad. La presente revisión de la literatura tiene como finalidad mostrar el amplio abanico de patrones que conceptualizan la salud para, progresivamente, centrarla en el enfoque de la Calidad de Vida (CV) y, por último, mostrar la relación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) con el creciente Modelo Salutogénico.

Palabras Claves: Salud, Patrones de Salud, Salutogénesis, Calidad de Vida.

(*)MSc. Docente Instructor, Centro de Investigación y Diagnóstico Clínico (CIDC), Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.

Email: arianna.lambertini@ucv.ve.

INTRODUCCIÓN

La investigación de temas relacionados con la salud se ha realizado en el marco del paradigma biomédico enfocado en la comprensión de la enfermedad y sus factores de riesgo¹. La fuerte evolución de los paradigmas científicos que influyen en los patrones de salud se ha evidenciado en las últimas décadas, así mismo, el concepto de salud ha sufrido continuos cambios en relación a definiciones y significados que lo han completado y enriquecido².

A partir de la proclamación oficial de la Promoción de la Salud como objetivo de las políticas en Salud Pública contenido en la Carta de Ottawa³, los recursos de salud para las poblaciones se fueron desarrollando y potenciando, tomando como pilar fundamental la consideración de los individuos como participantes activos de su bienestar y el respeto por los Derechos Humanos. A partir de ese momento y con el surgimiento de la teoría salutogénica, la Promoción de la Salud se enfocó en la salud y no en la enfermedad, presentándose como un paradigma necesario para su práctica e investigación^{3,4}.

En el contexto actual de profundos cambios económicos y sociales y el deterioro de las condiciones de vida de amplios sectores de la población que potencian las desigualdades y afectan directamente a las personas y las comunidades repercutiendo en su salud, el modelo salutogénico emerge para ayudar a gestionar y comprender los efectos de estas disparidades⁵.

A lo largo de estas últimas décadas se han identificado diferentes patrones de salud. Algunos autores^{4,6–15} los han estudiado y divulgado, enriqueciendo y difundiendo la compleja interpretación de la salud, con la finalidad de ir más allá del paradigma biomédico y acercándose al emergente paradigma salutogénico.

LA SALUD, MODELOS QUE LA CONCEPTUALIZAN

La salud vista desde el patrón de tratamiento de la enfermedad, se basa en la visión dicotómica del complejo salud/enfermedad, interpretándola como la ausencia de afección². Desde el punto de vista del patrón de cuidado de la salud, la salud es interpretada como la presencia de equilibrio entre los componentes fisiológicos, psicológicos y sociales otorgándole una dimensión global. Este enfoque insiste en la importancia de la

individualidad de los sujetos y la responsabilidad del mismo en su propio cuidado de salud, así como la responsabilidad de la sociedad en promoverla^{2,6}. El patrón de prevención de enfermedades interpreta la salud como un bien individual o colectivo que debe ser preservado, orientando las medidas sanitarias, sociales y ambientales hacia la protección de la salud^{16–18}. La salud vista desde el patrón de la promoción, es un recurso para la vida que permite que el individuo y los colectivos alcancen un óptimo estado de bienestar mental, físico y social, con la finalidad de identificar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y adaptarse a su entorno. Así mismo propone identificar los determinantes sociales de la salud, el empoderamiento para la salud y la importancia de los valores de vida, realizando una conexión entre la salud y el desarrollo, la equidad social, la solidaridad y los derechos humanos fundamentales^{19,20}.

Partiendo de este último patrón o modelo, la salud es concebida como una unidad dinámica y compleja donde los factores patogénicos y salutogénicos interactúan de forma constante^{21,22}. A partir de aquí, el concepto de salud se ve modificado, creándose una construcción del mismo con base en la salutogénesis y la calidad de vida, integrándose con los principios de promoción de la salud, pero sin desligarse del antiguo marco positivista.

LA SALUD, ENFOQUE EN LA CALIDAD DE VIDA

El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en la mayoría de los países ha provocado que las clásicas medidas de resultados como el Índice de Mortalidad, el Índice de Morbilidad y la Expectativa de Vida sean insuficientes para evaluar el contexto actual donde se encuentra inmersa la salud, es por esta razón que se hizo necesaria la aparición de medidas más sensibles²³.

El surgimiento de la Calidad de Vida (CV) como medida de salud propone una noción que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene una persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, su entorno social y el sentido que le atribuye a su vida²³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define CV como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”²⁴.

La CV se ha convertido en un principio organizador que puede ser utilizado para mejorar la situación de salud de grupos sometidos a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas^{25,26}. En este sentido, Massam²⁷ enfatiza que la utilidad verdadera del concepto de CV se percibe en los servicios humanos que defienden la planificación centrada en la persona y en la adopción de modelos de apoyo y de técnicas para medir la salud y, a partir de allí, mejorar la CV. Así mismo señala, que este concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos donde se incluyen la evaluación de los resultados de los programas de promoción de salud, la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción y la creación de políticas dirigidas a la población general y poblaciones específicas.

Se ha determinado que el modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento y el soporte social²³. Es así como surge la importancia de la incorporación de medidas de CV que se encuentren relacionadas directamente con la salud²⁸, logrando captar la atención de aquellos investigadores que intentan dar respuesta científica a la evaluación de la salud mediante la percepción de los individuos de su bienestar²³.

Desde que la OMS en 1948²⁹ definiera la salud como la presencia de bienestar físico, psicológico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad, la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha adquirido una gran importancia, dando lugar a numerosos trabajos y convirtiéndose en un tema central de estudio e investigación en las últimas décadas³⁰.

El concepto de CVRS se enmarcó en el Modelo Biopsicosocial a partir de su inclusión en el Index Medicus en 1966. En este sentido, Dickey³¹ propuso el cambio del enfoque médico-objetivo por un enfoque informacional, atribuyendo igual importancia a la observación realizada por el clínico, al reporte del individuo y a la percepción familiar. De esta forma, la evaluación de la salud de los individuos representa no sólo el impacto de una enfermedad y las consecuencias del tratamiento en su estado biológico, sino que también evalúa la percepción que estos tienen de su bienestar y de su entorno físico y social.

Kaplan y Ries³² consideran que la CVRS es un proceso dinámico y cambiante que incluye las continuas interacciones entre el individuo y su medio ambiente. De acuerdo con

estos autores, la CVRS es la resultante de la interacción entre la percepción de salud del individuo, su personalidad, los cambios presentes en su vida y el soporte social recibido y percibido. Los resultados de esta interacción se miden por medio de la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, tomando en cuenta los cambios que éstas situaciones producen en su sistema de valores, creencias y expectativas. A partir de esta consideración, la CVRS pasa del Modelo Biopsicosocial al Modelo Salutogénico, focalizándose en un mayor control del individuo sobre la salud y su mejora y haciendo más accesibles las acciones orientadas hacia el bienestar, el crecimiento y el envejecimiento saludable, enfatizando aquello que genera salud y no en lo que genera enfermedad⁵.

A lo largo de los años, la CVRS ha sido definida de diferentes maneras, desde las más extensas hasta las más breves^{33–35}, pero la más consensuada y utilizada actualmente es la propuesta por Shumaker, Ellis y Naughton³⁶:

“La Calidad de Vida Relacionada con la Salud consiste en una evaluación subjetiva por parte de las personas, relativa a cómo aspectos diferentes relacionados con la salud pueden estar influyendo sobre la habilidad para lograr mantener un nivel de funcionamiento general que les permita perseguir las metas que son valiosas en sus vidas, todo lo cual quedaría reflejado en su nivel de bienestar”³⁶.

Una revisión de las diferentes definiciones existentes sobre CVRS revela aspectos comunes y diferentes, particularmente en términos de contenido, especificidad y relevancia teórica^{35,37–44}. La importancia radica en que, independientemente del concepto utilizado, la CVRS es una concepción multidimensional que incluye aspectos concernientes al funcionamiento físico, la movilidad y el autocuidado, la función psicológica y cognitiva, la función social y el bienestar emocional³⁶. Para autores como McHorney y Taylor³⁸, la utilización de medidas de CVRS permiten la evaluación integral del estado de salud/bienestar de un individuo o grupo de individuos.

LA SALUD Y LA CVRS EN EL MARCO SALUTOGENICO

Para Lindstrom y Eriksson⁴⁵, una buena base para la Promoción de la Salud es el modelo Salutogénico. Los autores destacan que existen tres razones principales para enmarcar la salud y la CV dentro de este modelo: primero porque se enfoca en la búsqueda

de soluciones; segundo porque permite identificar los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) que ayudan a las personas a dirigirse hacia la obtención de una salud positiva; y por último, porque identifica un sentido o discernimiento global en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, cuya capacidad se plasma en el Sentido de Coherencia (SOC).

Los RGR son aquellos factores biológicos, materiales y psicosociales que facilitan al individuo la percepción de la vida como coherente, estructurada y comprensible³. La disposición de este tipo de recursos proporcionan al individuo la oportunidad de hacer frente a los desafíos de la vida, ayudándolos a construir experiencias coherentes.

A este respecto Antonovsky⁴⁶ señaló que más allá de poseerlos, lo importante es que el individuo tenga la capacidad de utilizarlos, lo cual llamó Sentido de Coherencia (SOC). Según el autor, existen tres componentes clave que componen el SOC: (i) la comprensibilidad o componente cognitivo, (ii) la manejabilidad o componente instrumental o de comportamiento y, (iii) la significatividad o componente motivacional. Estos tres componentes se traducen en la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo, unido a la capacidad de manejarla y sentir que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar⁴⁶.

Tomando en cuenta lo anteriormente señalado, se puede inferir que el concepto de SOC surge, en el contexto de la salud, para aclarar la complicada relación existente entre la salud y la enfermedad y dentro de la salud misma, pudiendo enlazarla con la percepción que el sujeto tiene de su CV.

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura realizada para el presente trabajo permite concluir que la salud conceptualizada como un equilibrio estático del organismo no está completamente abierto a los desafíos y que la dinámica de la salud vista desde la enfermedad no puede ser considerada para crear un proyecto de vida saludable.

Así mismo, a pesar de que la salud debe ser enmarcada en términos positivos, está aun asociada fuertemente a la dicotomía salud/enfermedad.

En relación a los patrones de salud, se observa que todos coexisten en el mismo contexto a pesar de sus características específicas y sus diferencias. Sin embargo, la evolución del concepto de salud añade nuevos valores y dimensiones.

Se puede observar que existe un esquema común en los estudios revisados en relación a las capacidades individuales, y es que el cumplimiento de objetivos de vida se encuentra íntimamente ligado a los procesos psicológicos y socioculturales en el respectivo contexto individual y social. Además, se destaca la importancia del surgimiento del Modelo Salutogénico en la CV y en el discurso de una vida saludable, mejorando la percepción de la salud y el bienestar individual y colectivo, dirigido a aumentar el control personal de los determinantes de la salud y el realce del potencial humano.

Por lo anteriormente señalado, se puede afirmar que el SOC está fuertemente asociado a la percepción de la salud y, además, es un factor moderador de la CV. Finalmente, se hace énfasis en que la propuesta de Antonovsky del Modelo Salutogénico se ha convertido en un enfoque valioso para la contextualización de la CV y, así mismo, tiene el potencial de contribuir a las implicaciones conceptuales y operativas de la promoción de la salud.

REFERENCIAS

1. Palacios-Espinosa X, Restrepo-Espinosa M. Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por antonovsky: ¿una alternativa para abordar el tema de la salud mental?. *Inf Psicológicos*. 2008;10(11):275-300.
2. Simonelli F, Fernandes AI, Simonelli I, di Pasquale C. Six assertions about the salutogenic approach and health promotion. *Ital J Public Health*. 2010;7(2):94-101.
3. Rivera F, Ramos P, Moreno C, García M. Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Publica*. 2011;85(2):129-139.
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. *Health Promot Int*. 1996;11(1):11-18.

5. Juvinya-canal D. Salutogénesis , nuevas perspectivas para promover la salud Salutogenesis, new perspectives to promote health. *Enfermería Clínica*. 2013;23(3):87-88.
6. Arnetz BB. Causes of change in the health of populations: A biopsychosocial viewpoint. *Soc Sci Med*. 1996;43(5):605-608.
7. Bossert T. Analysing the decentralisation of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc Sci Med*. 1998;47(10):147-160.
8. Atkinson S, Regianne LRM, Paulo H, Lima O, Ricardo DDA. Going down to the local: Incorporating social organization and political culture into assessments of decentralized health care. *Soc Sci Med*. 2000;51:619-636.
9. Exworthy M. Policy to tackle the social determinants of health: Using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy Plan*. 2008;23(5):318-327.
10. Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):370-378.
11. Braveman P. Health inequalities by class and race in the US: What can we learn from the patterns?. *Soc Sci Med*. 2012;74(5):665-667.
12. Gerring J, Thacker SC, Enikolopov R, Arévalo J, Maguire M. Assessing health system performance: A model-based approach. *Soc Sci Med*. 2013;93:21-28.
13. Bradbury-jones C, Taylor J, Herber O. How theory is used and articulated in qualitative research: Development of a new typology. *Soc Sci Med*. 2014;120:135-141.
14. Roy MJ, Donaldson C, Baker R, Kerr S. The potential of social enterprise to enhance health and well-being: A model and systematic review. *Soc Sci Med*. 2014;123:182-193.
15. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health : A causal review. *Soc Sci Med*. 2015;128:316-326.
16. Duque MC. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en programas de formación de enfermería. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro*. 2000;1(1):17-29.

17. Skovgaard T. Evidence in Health Promotion and Disease Prevention. National Research Center of the Working Environment: Denmark; 2008.
18. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Levels of care, prevention and primary health care. Arch Med Interna. 2011;33(1):11-14.
19. Morin E. Introducción al Pensamiento Complejo. Gedisa: Valladolid; 1994.
20. World Health Organization (WHO). 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok August 2005. Health Promot Int. 2006;21(S1):1-103.
21. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2005;59(6):460-466.
22. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int. 2008;23(2):190-199.
23. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc y Enfermería. 2003;9(2):9-21.
24. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. WHO: Geneva; 1998.
25. Dodge R, Daly AP, Huyton J, Sanders LD. The challenge of defining wellbeing. Int J Wellbeing. 2012;2:222-235.
26. Davidson P, Henderson CM, Janicki MP, et al. Ascertaining health-related information on adults with ID - I developing and testing the Rochester health status survey. J Intellect Disabil Res. 2008;5(1):12-23.
27. Massam BH. Quality of life: Public planning and private living. Prog Plann. 2002;58(3):141-227.
28. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring Health-related Quality of Life. Ann Int Med. 1993;118:622-629.
29. World Health Organization (WHO). WHO definition of Health. Off Rec World Health Organ: Geneva; 1948.
30. Diener E, Suh E. Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. Soc Indic Res. 1997;40:189-216.
31. Dickey B, Sederer LI. Outcomes Assessment in Clinical Practice. Williams & Wilkins: Baltimore; 1996.

32. Kaplan RM, Ries AL. Quality of life: concept and definition. *COPD*. 2007;4(3):263-271.
33. Calman KC. Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *J Med Ethics*. 1984;10(3):124-127.
34. Torrance GW, Thomas WH, Sackett DL. A utility maximization model for evaluation of health care programs. *Health Serv Res*. 1972;7(2):118-133.
35. Cohen R, Mount BM, Tomas JJN, Mount LF. Existential Well-Being Is an Important Determinant of Quality of Life. *Cancer*. 1996;77(C):576-586.
36. Shumaker S a., Ellis S, Naughton M. Assessing health-related quality of life in HIV disease: Key measurement issues. *Qual Life Res*. 1997;6(6):475-480.
37. Testa M, Simonson D. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334(13):835-840.
38. McHorney C a., Tarlov a. R. Individual-patient monitoring in clinical practice: Are available health status surveys adequate?. *Qual Life Res*. 1995;4(4):293-307.
39. Nieuwkerk PT, Tollenaar MS, Oort FJ, Sprangers M a G. Are retrospective measures of change in quality of life more valid than prospective measures?. *Med Care*. 2007;45(3):199-205.
40. Akifusa S, Soh I, Ansai T, et al. Relationship of number of remaining teeth to health-related quality of life in community-dwelling elderly. *Gerodontology*. 2005;22(2):91-97.
41. Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*. 1995;16(1):51-74.
42. Bowling A, Brazier J. 'Quality of Life' in Social Science and Medicine. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1337-1338.
43. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*. 1995;22(3):502-508.
44. McSweeny A. Health-Related Quality-of-Life assessment in medical care. *Med Care*. 1995;12(6):6-71.
45. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int*. 2006;21(3):238-244.

46. Antonovsky A, Sagy S. The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. J Soc Psychol. 1986;126(2):213-225.