

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
72



CALIDAD DE VIDA
EN SALUD MENTAL

*Chatterji / Ferrer / Lucas Carrasco / Pecci
Rajmil / Schwartzmann / Zaratiegui*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XVIII - Nº 72 Marzo - Abril 2007

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matteredzi, A. Monchablón Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kemberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 – 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia Informes y Suscripciones

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easy.net.fr

Diseño
Ruff's Graph
ruff@speedy.com.ar

Impreso en:
Sol Print. Aráoz de Lamadrid 1920. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVIII N° 72, MARZO – ABRIL 2007

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

*** Ve rtx, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

Vertex
Revista Argentina de
Psiquiatría

Aparición
bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com

Ilustración de tapa
Olga Noemí Barreiro
"Trifeminas 2"
100 cm x 63 cm
acrílico sobre tela
1991

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

• Consumo de psicofármacos en la población general del conurbano bonaerense

Eduardo A. Leiderman pág. 85

DOSSIER

CALIDAD DE VIDA EN SALUD MENTAL

• **Depresión y calidad de vida**, Rodolfo Zaratiegui pág. 97

• **La calidad de vida de los médicos: estudio de una muestra de médicos del Uruguay**, Laura Schwartzmann pág. 103

• **Enfermedad crónica y calidad de vida**, Cristina Pecci pág. 111

• **Salud, discapacidad y calidad de vida: ¿importan las distinciones conceptuales?**, Sommath Chatterji pág. 120

• **Perspectiva internacional de calidad de vida en las personas mayores. Proyecto WHOQOL-OLD**, Ramona Lucas Carrasco (MD, PhD, MPH) pág. 130

• **Perspectivas para la investigación en calidad de vida en Latinoamérica**, Montserrat Ferrer pág. 138

• **Calidad de vida en niños y adolescentes**, Luis Rajmil pág. 140

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• **Estudio sobre las casas de inquilinato de Buenos Aires**, Guillermo Rawson pág. 147

CONFRONTACIONES

• **Las cosas por su nombre**, Juan Carlos Stagnaro pág. 153

LECTURAS Y SEÑALES

• **Lecturas**
Bulimia, anorexia nerviosa y otros trastornos alimentarios pág. 157

• **Señales**
Salud mental en televisión pág. 159

EDITORIAL



Según un relevamiento del Ministerio de Salud bonaerense y UNICEF realizado sobre 25.893 niños de la provincia de Buenos Aires los índices de anemia infantil no ceden adecuadamente y se mantienen en niveles altos desde 1984. Con el objeto de actualizar el estudio se realizó un nuevo trabajo entre 2005 y 2006 en cinco distritos: Avellaneda, Berisso, Luján, Moreno y Junín. Se comprobó entonces que, actualmente, el 37.7 por ciento de los chicos de entre seis meses y dos años que viven en el distrito -la población más vulnerable- padece ese mal. Si bien en 1999 el porcentaje en la Provincia de Buenos Aires era del 48 por ciento, lo cual marca una disminución respecto del momento actual, la cifra de niños que sufren esa condición sigue siendo muy alta.

De acuerdo con relevamientos del Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil (CESNI), en el país la tasa de anemia en niños de ocho a 24 meses se ha mantenido estable, en aproximadamente un 50 por ciento, entre 1984 y 1999. Como es bien sabido, los primeros meses del recién nacido son los de mayor crecimiento en la vida del ser humano y, por lo tanto, se necesita una gran cantidad de elementos nutricionales. La anemia es provocada por bajos niveles de hierro. Fue por eso que en 2003 se estableció la obligatoriedad de fortificar con sulfato ferroso la leche en polvo que distribuye el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires. Pero, según las autoridades sanitarias, la medida no parece haber tenido el éxito esperado. Las mismas están estudiando ahora si una ligadura tardía del cordón umbilical (cortándolo entre el primer minuto y el tercero, después del nacimiento) reduciría la anemia neonatal, ya que el bebé recibe unos 80 mililitros de sangre desde la placenta, que tiene unos 50 miligramos de hierro. Aunque, simultáneamente, las autoridades, para el caso la coordinadora del Programa Materno Infantil provincial, reconocen lo obvio: que el problema se soluciona con una "lactancia materna y la incorporación de la carne como alimento desde los seis meses" de edad. Aunque, sorprendentemente, la misma funcionaria agrega: "más que un problema económico es un problema de actitud" ¿Habría querido sugerir que es una actitud equivocada de las madres no dar de mamar y privar de carne a sus hijos? ¿Son ellas las culpables, o al menos responsables de la anemia de sus hijos? ¿Se obtienen los mismos resultados epidemiológicos en estratos sociales con empleo, ingresos dignos y acceso al sistema de salud? ¿Estará el fenómeno ligado a la actitud de médicos apurados que no ahorran hasta el último resto de hierro ligando tardíamente el cordón umbilical?

La anemia infantil provoca problemas en el desarrollo psicomotriz y en la adquisición de las capacidades cognitivas de los niños. Una y otra vez hemos insistido en estos Editoriales en la necesidad de resolver la situación nutricional y escolar de los niños argentinos. Si la de hierro y otras carencias nutricionales se combinan con los déficit en la estimulación temprana y la ausencia de escolarización o la deserción precoz de la escuela, el resultado que se obtiene es el de individuos con capacidades de aprendizaje muy limitadas y dificultades imposibles de reparar en el futuro de sus vidas; con las consecuencias socio-laborales y en su calidad de vida que todo ello supone. Creemos fuertemente que la viabilidad de una sociedad se mide, entre otros parámetros, con la forma en que son tratados sus niños y sus viejos. Si este es el caso cabe dudar de la viabilidad de la nuestra. ■

J. C. Stagnaro

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2007

*Vertex 71 / Enero – Febrero
PREJUICIO Y ESTIGMA
EN PSIQUIATRÍA*

*Vertex 72 / Marzo – Abril
CALIDAD DE VIDA
EN SALUD MENTAL*

*Vertex 73 / Mayo – Junio
EDUCACIÓN EN PSIQUIATRÍA*

*Vertex 74 / Julio – Agosto
SUEÑO/SUEÑOS*

*Vertex 75 / Septiembre – Octubre
BIOÉTICA EN PSIQUIATRÍA*

*Vertex 76 / Noviembre – Diciembre
LAS CLÍNICAS GERIÁTRICAS*



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Consumo de psicofármacos en la población general del conurbano bonaerense

Comparación entre distintas zonas y con la ciudad de Buenos Aires

Eduardo A. Leiderman

*Médico especialista en psiquiatría. Profesor Adjunto a cargo de Psiquiatría Biológica. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Universidad de Palermo. edule@psi.uba.ar*

Melina Konfederak, Gabriela Thomas, Beatriz Montenegro, Lucía López, Victoria Perez,
Javier Gil Costa, Leandro Genzone.

Alumnos de la carrera de Psicología. Departamento de Investigaciones. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de Palermo.

Introducción

El consumo de drogas psicotrópicas por parte de la población es un tema relevante de la salud pública, y en nuestro país, es un tópico de evidente preocupación general, reflejada en los múltiples informes periodísticos referidos al mismo (6,7,8,10,11,12).

Un estudio realizado entre 1979 y 1981 en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano citado por Burín, observó que el 9,7% de las mujeres y el 6,6% de los hombres habían consumido psicofármacos en el último año (3).

Otro estudio del año 1999 halló que, de 2699 individuos encuestados de 18 a 64 años, el 1,2% había ingerido

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de consumo de psicofármacos en la población general del Gran Buenos Aires y comparar dicha prevalencia entre las distintas zonas del conurbano y con la de la ciudad de Buenos Aires.

Metodología: Se realizaron encuestas a 1877 residentes de diferentes partidos del Gran Buenos Aires. **Resultados:** El 7% de la población general consume actualmente algún tipo de psicofármaco, siendo mayor el uso en las mujeres, en los viejos, en la gente de clase socio-económica medio-alta y en los niveles educativos extremos. Casi un diez por ciento de los que consumen lo toma sin recomendación médica y un 35,6% se reconoce muy dependiente a esta medicación. La prevalencia de consumo es mayor en la zona Norte (10,9%), que en la zona Oeste (6,3%) y en la zona Sur (4,2%). El porcentaje de consumo actual en el conurbano es inferior a la mitad que en la ciudad de Buenos Aires y se da más por prescripción médica. Estas diferencias no se deben exclusivamente a diferencias demográficas. **Conclusiones:** El uso de psicofármacos en el Gran Buenos Aires es semejante a otros países, pero inferior a la ciudad de Buenos Aires. Se necesitarán estudios cualitativos para poder dilucidar las causas de dicha diferencia

Palabras clave: Consumo- Psicofármacos-Psicotrópicos-Utilización- Epidemiología

PSYCHOTROPIC MEDICATION CONSUMPTION IN THE GENERAL POPULATION OF THE GREAT BUENOS AIRES METROPOLITAN AREA. COMPARISON BETWEEN DIFFERENT AREAS AND WITH BUENOS AIRES CITY

Summary

Objective: The purpose of this study was to estimate the prevalence of psychotropic drug consumption among the Great Buenos Aires general population and to compare this prevalence between its different areas and with Buenos Aires city.

Methods: A survey was conducted among 1877 inhabitants of different districts of the Great Buenos Aires Metropolitan Area. **Results:** At the time of the survey, 7% of the general population was using some kind of psychotropic medication. Utilization was higher in women, the elderly and individuals of middle-high social class and educational level extremes. Almost 10 percent of the consumers was using the medication without medical advice, and 35,6% recognized themselves as very dependent on these medications. Psychotropic drug utilization is higher in the North area (10,9%) than in the West area (6,3%) and the South area (4,2%). The present percentage of psychotropic drug use in the Great Buenos Aires area is lower than half the one in Buenos Aires city, and it's more due to medical advice. These differences are not exclusively caused by demographic differences. **Conclusions:** Psychotropic drug use in the Great Buenos Aires Metropolitan Area is similar to other countries, but lower than in Buenos Aires city. Qualitative studies are needed to elucidate the causes of this difference.

Key words: Consumption-Psychotherapeutic drugs-Psychotropics- Use- Epidemiology

do algún psicofármaco sin prescripción médica en el último mes y el 4,3% lo había hecho alguna vez en su vida (17). Asimismo, el trabajo realizado por la Subsecretaría de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires en el año 2004, reveló que entre los jóvenes de 16 a 26 años de edad, el 1,7% había consumido algún psicofármaco en el último mes, y el 3,4% en el último año (21).

La encuesta realizada recientemente en 1777 habitantes de la ciudad de Buenos Aires (16) halló que la prevalencia actual de consumo es de 15,5%, siendo muy superior a las prevalencias halladas en otros países (1, 2, 4, 18, 19,20).

El objetivo de nuestro estudio fue conocer el porcentaje de individuos que consumen psicofármacos en el conurbano bonaerense, el tipo y patrón de consumo y las diferencias con el tipo de consumo de los habitantes de la ciudad de Buenos Aires.

Metodología

La encuesta se realizó a los habitantes del conurbano bonaerense en la vía pública durante el mes de abril del año 2006. Las personas fueron entrevistadas preferentemente en plazas, estaciones de transporte público y zonas comerciales de los partidos seleccionados por alumnos de la carrera de psicología de la Universidad de Palermo. Luego de confirmar la residencia del individuo en el lugar donde se lo estaba entrevistando, y que éste aceptaba contestar la encuesta, se procedía a hacerle las preguntas correspondientes. Las encuestas fueron realizadas en 12 partidos del conurbano: Avellaneda, Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, Moreno, Tres de Febrero, San Miguel, La Matanza, Vicente López, San Isidro, San Fernando y Tigre.

La encuesta fue similar a la utilizada en el estudio de prevalencia de consumo de psicofármacos en la ciudad de Buenos Aires publicado recientemente (16). Constaba de diversos ítems donde se recolectaba información relativa a: 1) datos demográficos (edad, sexo, educación, clase socioeconómica), 2) datos sobre el consumo actual y pasado de psicofármacos, 3) creencia sobre la generación de adicción de esta medicación, 4) tiempo de consumo actual y pasado y 5) origen de la indicación de la ingesta.

Los individuos que en ese momento estaban consumiendo psicofármacos debieron responder además preguntas relativas a la frecuencia y motivo de su uso, la preferencia por una marca comercial, el tipo de psicofármaco utilizado y el grado de dependencia al psicofármaco a través de una escala lickert (1= nada de dependencia-10= máxima dependencia). Tal cual se había realizado en el anterior estudio, para que los individuos estuviesen seguros del tipo de psicofármacos que se les estaba preguntando, se les aclaraba que se trataba de fármacos para los problemas de la mente, para dormir, para los nervios, etc. Si aún así el encuestado no podía reconocer si el medicamento que estaba tomando era un psicofármaco o no, se le entregaba una lista de los psicofármacos que existen en el mercado farmacéutico argentino para que pudiese asegurarse de esto.

De 2033 personas a las cuales se acercaron los entrevistadores sólo el 7,6% (n=156) se negó a hacerla. Los datos demográficos de las personas encuestadas figuran en la tabla 1.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS para Windows (versión 10.0). Las diferencias de grupo se analizaron con la prueba de Chi Cuadrado, la prueba t de student y la prueba ANOVA según correspondía.

Tabla 1
Datos demográficos de la población encuestada

N:	1877
Edad (en años)	37,9 ± 16,3
Sexo	
Hombres	47,1%
Mujeres	52,9%
Educación	
Primaria Incompleta	5%
Primaria Completa	31,6%
Secundaria Completa	46,9%
Universitaria o Terciaria Completa	16,5%
Clase Socio-Económica	
Baja	14,8%
Medio-Baja	25,7%
Media	55,8%
Medio-Alta	3,6%
Alta	0,1%

Tabla 2 Datos demográficos de la población del conurbano que consume psicofármacos	
N:	131
Edad (en años)	49,7± 17,2
Sexo	
Hombres	37,4%
Mujeres	62,6%
Educación	
Primaria Incompleta	8,5%
Primaria Completa	28,4%
Secundaria Completa	41,5%
Terciaria o Universitaria Completa	21,6%
Clase socio-económica	
Baja	15,3%
Medio-Baja	27,7%
Media	46,2%
Medio-Alta	10,8%
Alta	
Frecuencia de Uso	
Todos los días	66,2%
1 a 6 veces por semana	26,2%
Menos de 1 vez/semana	7,6%

Resultados

Consumo de psicofármacos y datos demográficos de los consumidores

El 7 % (n=131) de los individuos consultados dijo que estaba consumiendo en ese momento psicofármacos. La mediana del tiempo de consumo fue 4 meses (rango: 1-120 meses). El 6,7% (n=132) reveló haber consumido anteriormente, pero no estar consumiendo en la actualidad. La mediana del tiempo de consumo fue 36 meses (rango 10 -120 meses). Es decir, que el 13,7% de la población del conurbano consume o ha consumido psicofármacos.

Para ser más precisos con respecto al tiempo de consumo, y homologar nuestra encuesta a estudios internacionales se hicieron preguntas más específicas: El 6,4% dijo haber consumido psicofármacos en la última semana, el 6,7% en el último mes, y el 6,8% en el último año.

Los datos demográficos de los consumidores se encuentran en la tabla 2.

Al 81,5% de los que consumen actualmente psicofármacos le es indispensable la medicación para sentirse bien. El 92,4% de los individuos consume un psicofármaco y el 7,6% consume dos.

Los individuos que consumen son significativamente más viejos que los que no lo hacen ($t(1875)=8,7$; $p<0,001$). Mientras que la edad promedio de los que consumen es de $49,7\pm 17,2$ años, los que no consumen tienen una edad promedio de $37\pm 15,9$ años. Mientras que sólo el 4,2% de los individuos menores de 45 años consume psicofármacos, el 7% de los individuos de 45 a 64 años lo hace, y el 19% de los mayores de 65 años.

Existe también una diferencia significativa de consumo en cuanto a sexo. Las mujeres consumen más psicofármacos (8,3% de todas las mujeres encuestadas) que los hombres (5,5% de todos los hombres encuestados) ($X^2(1)=5,3$ $p=0,02$).

La educación es significativamente diferente entre los que consumen y los que no lo hacen ($X^2(7)=22,9$ $p=0,002$). Los que consumen tienen mayor proporción de individuos en los extremos educativos (primaria incompleta y educación terciaria o universitaria completa).

El consumo es diferente también según clase social ($X^2(4)=22,3$ $p<0,001$). Mientras que el 20,6% de los individuos de clase medio-alta son consumidores, sólo lo son el 5,7% de los individuos de clase media, 7,5% de los de clase medio-baja y 7,2% de personas de clase baja.

Tipo de psicofármacos utilizados y motivo de su utilización

El 85% de los que consumen actualmente toma benzodiazepinas, 5,3% antidepresivos, 3% antipsicóticos y

1,5 % antirrecurrentes. La proporción del consumo según tipo de psicofármaco en la población general se encuentra en la tabla 3.

Las benzodiazepinas más utilizadas fueron el alprazolam (40,4%), el clonazepam (29,7%) y el bromaze-

Tipo de Psicofármaco	Porcentaje
Ansiolíticos e Hipnóticos	5,9%
Antidepresivos	0,37%
Antirrecurrentes	0,1%

pam(15,2%). La cantidad de los otros psicofármacos utilizados es pequeña como para poder extraer conclusiones de las drogas más utilizadas.

Al 66,4% no le resulta indistinta la marca comercial del psicofármaco que toma.

El 45,8% los usa para poder dormir, el 37,4% para disminuir la ansiedad, el 11,5% para tratar su depresión y el 5,3% por otros motivos (esquizofrenia, fobias, contracturas, etc.).

Creencia sobre la generación de adicción o dependencia

El 64% de la población general cree que los psicofármacos producen algún tipo de dependencia o adicción. Una menor proporción de los individuos que consumen psicofármacos en la actualidad cree esto (52,7%), en comparación con los que no consumen (65,6%) ($X^2(1)=8,9$ $p=0,003$).

Indicación del psicofármaco

El psicofármaco le había sido indicado por un médico al 90,8% de los consumidores. Al porcentaje restante el medicamento le fue recomendado por un familiar (3,1%), amigo o conocido (3,8%) o nadie en particular (2,3%).

Los especialistas médicos que los indicaron fueron en orden descendente: clínicos (51,6%), psiquiatras (39,3%), neurólogos (4%) y otros (cardiólogos, traumatólogo, gastroenterólogo y dermatólogo).

Al que se lo indicó originalmente un médico, en el 94,1% de los casos se lo sigue indicando el mismo profesional, en el 4,2% de los casos se lo indica otro médico, en el 0,8% de los casos consigue la receta de un médico que no lo trata, y en el 0,8% de los casos consigue comprar el psicofármaco sin receta.

En cambio, de los individuos que originalmente no tomaron los psicofármacos por indicación médica, sólo al 22,2% se lo indica un médico, el 33,3% consigue comprarlo sin receta, y el 44,4% consigue la receta a través de quien se lo recomendó.

Dependencia al psicofármaco

El 61,7% de los que consumen en la actualidad psicofármacos refiere no poder dejar de consumirlos. De ese grupo el 56,8% dijo que no podía hacerlo por prescripción médica, el 19,8% por acostumbramiento y el 23,5% por ambas razones. Es decir, que el 26,7% de los consumidores actuales no puede dejar de consumir los psicofármacos por acostumbramiento. En la escala lickert los consumidores señalaron una dependencia promedio de $6,2 \pm 2,6$. Un 35,6% de la población que consume tiene una dependencia de 8 o más puntos.

Diferencia entre zonas del conurbano

Para este análisis se dividieron los distintos partidos en tres zonas: Zona Sur (Avellaneda, Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora); Zona Norte (Vicente López, San Isidro, San Fernando, Tigre) y Zona Oeste (Moreno, Tres de Febrero, San Miguel, La Matanza).

Existió una diferencia significativa en el consumo de psicofármacos según la zona ($X^2(2)= 19,8$ $p<0,001$). Mientras que los habitantes de la zona Sur tienen una prevalencia de consumo del 4,2%, en la zona Oeste la prevalencia de consumo es del 6,3% y en la zona Norte es del 10,9%.

Los datos demográficos comparativos y análisis estadísticos se encuentran en la tabla 4. Mientras que no existen diferencias significativas de edad y sexo entre los encuestados de las distintas zonas, sí hay diferencias en educación y nivel socio-económico. Al realizar un subanálisis de consumo según tipo de educación vemos que las diferencias entre las tres zonas dejan de ser significativas para los individuos que tienen nivel universitario o terciario completo, pero siguen siendo significativas para los individuos con los otros niveles educativos. El subanálisis de consumo según clase socio-económica nos revela que las diferencias de consumo zonales dejan de ser significativas para los individuos de clase baja y media.

Tabla 4
Cuadro comparativo de las características demográficas según zona

	Zona Sur	Zona Oeste	Zona Norte	Prueba estadística
Sexo Masculino	51%	45,5%	45,5%	$\chi^2(2)=4,7$; $p=0,09$
Edad media (en años)	$37,7 \pm 16,5$	$38,5 \pm 16,1$	$37,3 \pm 16,4$	$F(2)=0,96$; $p=0,379$
Educación				$\chi^2(14)=75,1$; $p<0,001$
Primaria Incompleta	6,2%	4,5%	4,3%	
Primaria Completa	32,3%	33,9%	27,4%	
Secundaria Completa	52,4%	43,5%	45,5%	
Univ/Terciaria Completa	9,1%	16,1%	24,8%	
Clase socio-económica				$\chi^2(8)=83$; $p<0,001$
Baja	15,1%	18,2%	9,6%	
Medio-Baja	30,1%	26,5%	19,9%	
Media	49%	55%	64,1%	
Medio-Alta	5,8%	0,3%	6,4%	

Comparación con el consumo en la Ciudad de Buenos Aires

Para esta comparación se utilizaron los datos de la encuesta anteriormente publicada (16).

La prevalencia del consumo de psicofármacos en la ciudad de Buenos Aires (15,5%) es significativamente mayor que en el conurbano (7%) ($\chi^2(1)=67,4$; $p<0,001$). Además el consumo pasado de psicofármacos fue mayor entre los residentes de la ciudad de Buenos Aires (15,7%) que entre los habitantes del conurbano (6,7%) ($\chi^2(1)=69,6$; $p<0,001$).

Si bien las poblaciones encuestadas eran semejantes en edad (Bs As $38,3 \pm 16,4$ años, Conurbano $37,9 \pm 16,3$ años; $t(3652)=0,6$; $p=0,5$) no lo eran en sexo (proporción de mujeres en Bs As 56% vs. Conurbano 52,9%; $\chi^2(1)=3,6$; $p=0,03$), en tipo de educación ($\chi^2(9)=224,2$; $p<0,001$), ni en distribución de clases socio-económicas ($\chi^2(6)=119,8$; $p<0,001$).

Las diferencias significativas en consumo entre Capital y Conurbano se siguen manteniendo cuando se realiza subanálisis por sexo. (Fig. 1)

Las diferencias de consumo persisten significativas en los subanálisis subsiguientes de los grupos estratificados por educación (Fig. 2) y clase social (Fig. 3) salvo

en individuos de educación primaria incompleta, y en individuos de clase medio-alta.

Existe diferencia significativa en el motivo de utilización de los psicofármacos ($\chi^2(7)=15,2$; $p=0,03$. Ver tabla 5) y en el tipo de psicofármacos consumido. En el conurbano consumen mayor proporción de benzodiazepinas (85,4% de la población consumidora vs. el 78,6% de los residentes consumidores de Buenos Aires), así como una menor proporción de antidepresivos (5,3% vs. 19,9%) y una menor proporción de antirrecurrentes (1,5% vs. 4,7%).

Los psicofármacos en el conurbano son más indicados por los médicos (en el 90,8% de los casos) que en la ciudad de Buenos Aires (78,5% de los casos) ($\chi^2(1)=9,2$; $p=0,002$).

También existe una diferencia significativa en el grado de dependencia al psicofármaco reportada ($t(392)=-2$; $p=0,003$). Mientras que en la ciudad de Buenos Aires el grado de dependencia de los que consumen psicofármacos es del $5,6 \pm 2,5$, en el conurbano es del $6,2 \pm 2,6$. En la ciudad de Buenos Aires el 25% de la población que toma medicamentos psicotrónicos tiene un grado de dependencia alto (medido arbitrariamente como un valor mayor de 8 en la escala lickert de dependencia) mientras que en el conurbano el 35,1% tiene un grado de dependencia alto.

Tabla 5
Comparación de motivos de utilización de psicofármacos entre la población de la Ciudad de Buenos Aires y del conurbano

Motivo	Buenos Aires	Conurbano
Para dormir	41,8%	45,8%
Para disminuir la ansiedad	33,6%	36,7%
Para la depresión	17,5%	11,5%
Para otros motivos	10,5%	4,6%

Discusión

Nuestro estudio halló que el 7% de la población del conurbano bonaerense consume psicofármacos. Esta prevalencia es similar a la hallada recientemente en otros países como EE.UU. (20), Canadá (2), España (4) y Francia (18). También coincide con un estudio publicado en el año 2002 sobre uso de psicotrópicos en la población general de Italia, Reino Unido, Francia y Alemania (19). Nuestra encuesta halló que el consumo de psicofármacos era mayor en el sexo femenino tal como fue registrado en estudios precedentes (1, 2, 18). Este aumento de prevalencia ha sido explicado por la propensión mayor de la mujer de presentar trastornos afectivos y de ansiedad, de recurrir a ayuda profesional frente a problemas psicológicos o emocionales y a la tendencia mayor de los profesionales médicos a indicar medicación a los pacientes de sexo femenino (1,5).

También nuestro estudio reveló que las personas aumentan el consumo de psicofármacos a medida que aumenta su edad, de tal manera que uno de cada 5 individuos mayores de 64 años consume algún psicotrópi-

co. Esto podría explicarse por: 1) el aumento de la concurrencia de los individuos añosos a la consulta médica aquejados por problemas físicos derivados de la edad, 2) la preferencia de los profesionales de tratar trastornos psiquiátricos de las personas de edad con medicación en desmedro de procedimientos psicoterapéuticos, así como por 3) la negligencia de ciertos profesionales de no pautar una duración del tratamiento psicofarmacológico, lo que permite que la medicación psicotrópica se mantenga indefinidamente.

El consumo de psicofármacos también resultó mayor en los individuos de los dos extremos educativos (aquellos con primaria incompleta y con educación universitaria o terciaria completa). En otros estudios (1,20) también se ha hallado que el mayor uso de psicofármacos está asociado a un menor nivel educativo. Resulta más extraño, entonces, la mayor utilización de los psicofármacos por los individuos con el mayor nivel educativo, aunque esto podría deberse a la mayor proporción de individuos de clase medio-alta en este sector. Los individuos de clase medio-alta en particular, están sobre representados entre las personas que consumen psicotrópicos. Se vincula este mayor consumo al

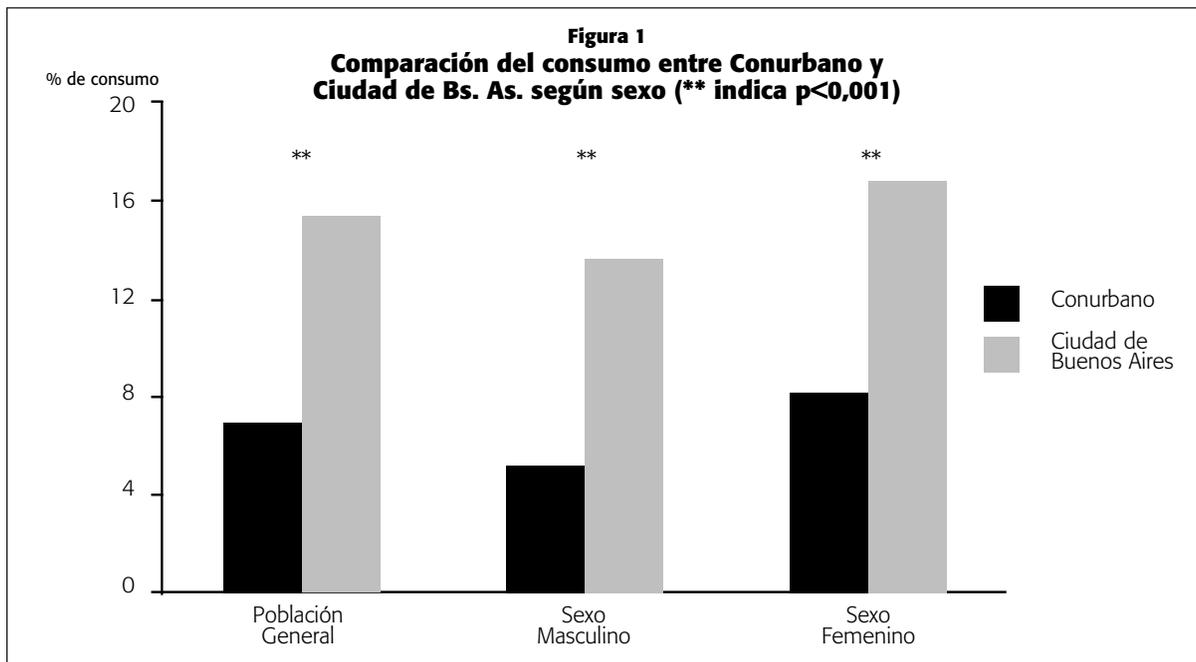


Figura 2
Comparación del consumo entre Conurbano y Ciudad de Bs. As. según educación (indica $p < 0,001$)**

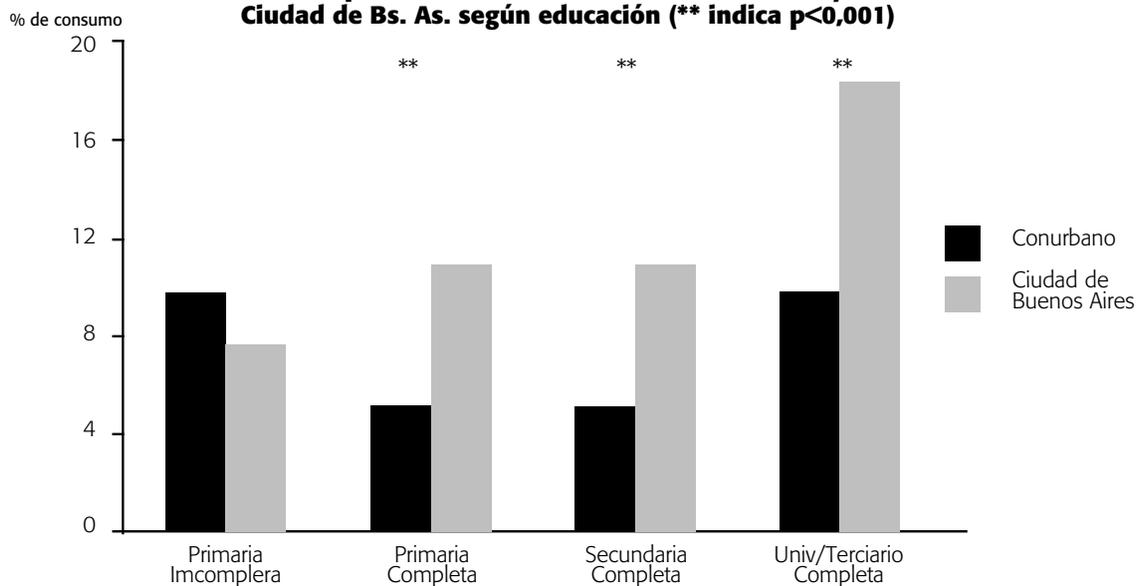
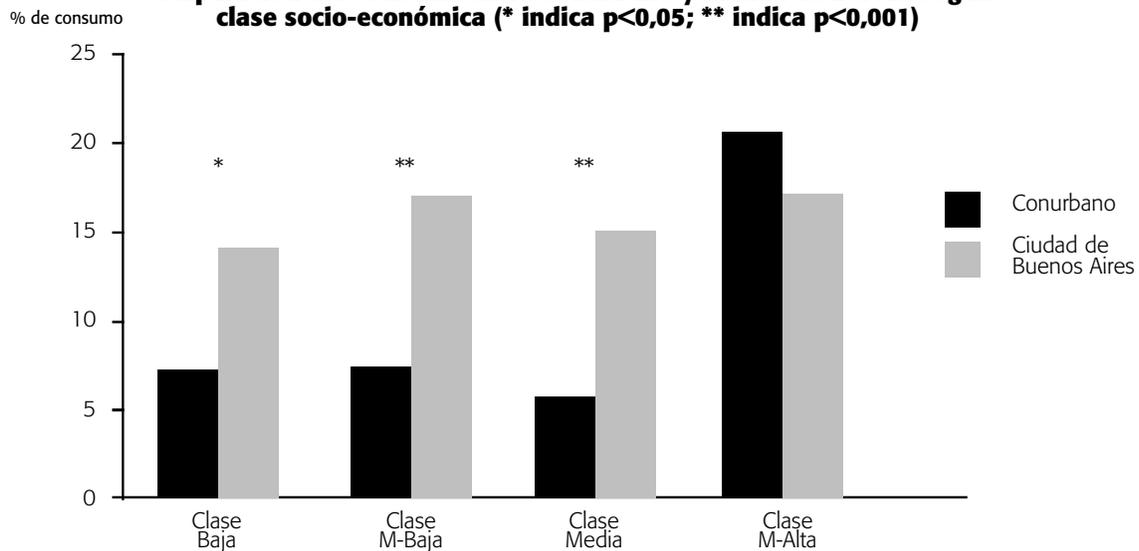


Figura 3
Comparación del consumo entre Conurbano y Ciudad de Bs. As. según clase socio-económica (* indica $p < 0,05$; ** indica $p < 0,001$)



estrés y sobreexigencia entre individuos de esa clase socio-económica (10).

Nuestro estudio también halló que la prevalencia de consumo de psicofármacos de los residentes de los partidos de la zona Norte es mayor, que los de la zona Oeste y la zona Sur. Ésta prevalencia diferente que se encontró en el actual estudio en las distintas zonas del Gran Buenos Aires puede deberse en parte a las diferencias demográficas existentes entre esas tres zonas. Sin embargo, la heterogeneidad en los subanálisis indica que estas diferencias sólo pueden ser responsables en parte y no totalmente de la disímil prevalencia de consumo hallada.

Otro hallazgo es que el porcentaje de habitantes que consumen psicotrópicos en el Conurbano es menor de la mitad del hallado en la encuesta realizada a los residentes de la ciudad de Buenos Aires en el año 2005.

Si bien en este caso las poblaciones presentan características demográficas distintas, las diferencias de consumo se siguen manteniendo en los análisis diferenciales por sexo, y en la mayoría de los subanálisis por grupos de nivel educativo y clase socio-económica, lo que estaría indicando también que habría otro factor que estaría incidiendo en esta diferencia. Raramente la distancia temporal en la recolección de los datos de las dos encuestas (la encuesta en la ciudad de Buenos Aires fue realizada en Septiembre-Octubre 2005) haya contribuido a agrandar las diferencias. Los datos de un crecimiento anual de facturación de psicofármacos (13) muestran que esa distancia temporal hubiera en todo caso minimizado la diferencia y no aumentado. Diferencias culturales entre los habitantes de la ciudad y de los suburbios podrían jugar un rol en esta disimilitud, sin embargo dada la naturaleza de nuestra encuesta es imposible aseverar esto.

Se observaron también diferencias en el tipo de psicofármaco indicado siendo los ansiolíticos e hipnóticos más utilizados en el Conurbano, lo que seguramente determinó las diferencias observadas en el motivo de utilización, como así también la mayor dependencia a la medicación detectada entre los habitantes del Gran Buenos Aires. Nuestro estudio reveló que el tiempo de uso de las benzodiazepinas y de los hipnóticos no benzodiazepínicos entre los individuos que consumen psicofármacos para dormir es de un promedio de 11,3 meses y una mediana de 4,5 meses, lo que es francamente superior a los tiempos breves indicados en los libros actuales de psicofarmacología (9,15)

Un hallazgo interesante es el hecho de que una menor proporción de los habitantes del conurbano que

toman psicofármacos lo hacen sin prescripción médica comparado con los residentes en la Capital. Es difícil decir si esto es debido a un mayor control por parte de las autoridades del lugar, o a las diferencias culturales referidas anteriormente, que impulsarían a un mayor número de personas del conurbano a tomar medicación sólo bajo control médico o a una menor "medicalización de la vida cotidiana" (11).

De todas maneras se observa, como en el anterior estudio (16), que los individuos que comienzan a tomar los psicofármacos sin indicación médica, presentan una mayor posibilidad de continuar sin control médico adecuado. Mientras que sólo el 1,6% de los individuos que comenzó a tomar la medicación indicada por un profesional médico toma luego el medicamento sin el control adecuado, un 77,7% de las personas que toman psicofármacos que no fueron inicialmente prescriptas por médicos los toma luego sin control profesional. Es imperativo el consejo médico en el inicio de una medicación psicotrópica para poder delimitar el tiempo de prescripción acorde con la necesidad.

Nuestro estudio tiene ciertas limitaciones: Las encuestas se hicieron sólo a transeúntes, lo que limita nuestros hallazgos sólo a individuos que deambulan. Lamentablemente, por la metodología de la encuesta, se dejó de lado a las personas institucionalizadas o con padecimientos físicos o mentales que les impiden la deambulación. Además, por motivos de seguridad de los encuestadores, las encuestas no se realizaron en barrios periféricos, lo que puede haber disminuido la representatividad de la muestra. Sin embargo, la cantidad de encuestados y la alta tasa de respuesta disminuyeron seguramente esa merma en la representatividad. Por otra parte, la proporción de individuos encuestados por sexo y edad concuerda con los índices registrados en el último censo poblacional en el Gran Buenos Aires (14).

Ciertamente, se requieren más estudios con diferente metodología para conocer la adecuación del consumo de psicofármacos a los trastornos psiquiátricos de la población. Asimismo, se deben realizar los máximos esfuerzos educativos en la población general para hacer conocer y advertir sobre los beneficios y limitaciones de los psicotrópicos y las consecuencias de su uso indebido.

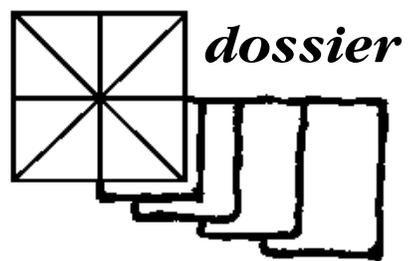
Agradecimientos

Agradecemos a J. Mugnolo, N. Bruscoli y J. Masi por la ayuda en la confección de la encuesta.



Referencias bibliográficas

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al: Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 109 (suppl 420): 55-64.
- Beck C, Williams J, Li Wang J et al: Psychotropic medication use in Canada. *Can J Psychiatry* 2005; 50(10):605-613.
- Burin M y col: El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada. Parte II. Ed Paidós, Buenos Aires, 1990.
- Carrasco P, Astasio P, Ortega P et al: Factors related to psychotropic drugs consumption among the Spanish adult population. Data from the Spanish National Health Survey for 1993, 1995 and 1997. *Med Clin (Barc)* 2001, 116(9):335-336.
- Chaher S: Viciosas pero obedientes. URL: <http://www.artemisanoticias.com.ar/site/notas=asp?Id=2581.dnota=923>
- Cramps S: El problema de la automedicación. *Diario Clarín. Sección Sociedad/Salud.* 24/1/2005.
- Diario La Nación: Se consumen 6 millones de aspirinas por día en el país. *Sección Ciencia /Salud.* 28/6/2005.
- Diario Página Doce: En busca del alivio con las pastillitas. *Sección Sociedad.* 10/7/2005.
- Elenitza I: Tratamiento farmacológico de los trastornos de sueño. En: Wikinski S, Jufe G: El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2005. p. 251-264.
- Elustondo G: Crece el consumo de drogas entre los mayores de 40 años. *Diario Clarín: Sección Sociedad.* 24/07/2006
- Elustondo G: Aumenta el uso indebido de psicofármacos en la Argentina. *Diario Clarín. Sección Sociedad.* 4/9/06
- Giubellino G: La gente compra cada vez más remedios para los nervios. *Diario Clarín. Sección Sociedad.* 23/4/2005.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos: La industria farmacéutica en la Argentina. URL: http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/13/farm_05_05.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos: Población total por grupos de edad y sexo, según provincia. Total del país. Año 2001. URL: <http://www.indec.mecon.gov.ar>
- Jufe G: Psicofarmacología Práctica. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2001.
- Leiderman EA et al: Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* 2006,17(66): 85-91.
- Miguez H: Consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina. *Acta psiquiát. Psicol Am. lat.* 2000 46(3): 231-236.
- Ngoundo-Mbongue TB, Niezborala M, Sulem P et al: Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005; 14(2):81-89.
- Ohayon M, Lader M: Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(9): 817-825.
- Paulose-Ram R Jonas BS, Orwig D et al Prescription psychotropic medication use among the U.S. adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Clin Epidemiol* 2004 57(3): 309-317.
- Subsecretaría de Atención de las Adicciones. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires: Estudio de prevalencia en el año 2004 sobre abuso de alcohol y uso de drogas en la población general del conurbano de 16 a 26 años de edad. URL: http://www.sada.gba.gov.ar/ob_juvenil.htm.



Calidad de vida en Salud Mental

Coordinadores:

Martín Agrest y Martín Nemirovsky

La noción de calidad de vida forma parte de la vida cotidiana tanto de las personas que padecen enfermedades, de los profesionales de la salud como de la gente en general. Todos, o casi todos, demandamos vivir mejor o, no solo mejor sino, más y mejor. No es demasiado difícil averiguar si un grupo poblacional logró vivir más con alguna intervención sanitaria. Pero, ¿los años ganados de vida son los del momento de la intervención sanitaria o los del final de la vida? Una intervención a los 50 años que se ha determinado que sirve para ganar un año de vida, ¿permite vivir dos veces el año número 50 o que a continuación del año 85 todavía quede el 86? En este punto la mayor vida se toca con la mejor calidad de vida desde el punto de vista subjetivo del interesado y el terreno de la salud mental ocupa un lugar fundamental en el análisis y comprensión de los fenómenos ligados a esta subjetividad.

Existe una medida que evalúa las intervenciones según sea el dinero gastado y la resultante por los años de vida ajustados según discapacidad y su sigla en inglés es AVAD. ¿Tenemos en cuenta los profesionales en nuestra práctica habitual este tipo de cuestiones? ¿Lo que

gastamos en salud se expresa en una mejor calidad de vida de los individuos? ¿Cuánto del dinero que se aplica a complejos y modernos planes de diagnóstico y tratamiento influyen de manera contundente en la calidad de vida?

El concepto calidad de vida ha cobrado una gran especificidad en el campo de la salud, y no es ya solo un aforismo o una declamatoria de expectativas, sino un complejo campo de investigación y casi una disciplina donde gran número de profesionales de la salud se ocupan de su conceptualización y trabajan para poder medirla en los diferentes grupos poblacionales (niños, viejos, población general, distintas patologías crónicas, etc.).

Este concepto contempla esencialmente al individuo en su contexto y en diferentes áreas de su vida, nutriéndose de la información que ellos mismos aportan. Es decir, que la evaluación de la calidad de vida se realiza sobre la opinión de los propios ciudadanos, usuarios, pacientes. Esto balancea el tradicional paternalismo médico, permitiendo que los primeros interesados (pacientes y familiares) intervengan y tengan peso en las decisiones a tomar.

Por otro lado, la educación, el saneamiento ambiental, el ambiente de traba-

jo, la recreación y el ocio, el respeto y la dignidad de los ciudadanos aportan a la calidad de vida; sin embargo no son temas o carteras que se encuentran en los ministerios de salud. El peligro es que solo quede en una declaratoria de buenas intenciones. ¡Quién no estaría de acuerdo que todos los dominios que corresponden al concepto calidad de vida son importantes! Pero a pesar de esto, del gran avance tecnológico que ha experimentado la medicina, no necesariamente se ha expresado en una forma proporcional en la calidad de nuestros pacientes, de la ciudadanía en general ni de los profesionales que los tratan. La operación fue un éxito, el paciente se murió, el cirujano se enfermó y alguien se enriqueció.

El dossier se compone de diferentes trabajos que abordan desde distintos ángulos el problema de la calidad de vida. En primer lugar, Rodolfo Zaratiegui evalúa la calidad de vida en un grupo poblacional específico (los pacientes depresivos), aportando datos muy necesarios para pensar intervenciones y políticas con este tipo de sujetos.

En segundo lugar, el trabajo de Laura Schwartzmann del vecino país de Uruguay, enmarcado en la ruptura del contrato social que se ha producido con los médicos, estudia su calidad de vida relacionada con la salud.

Pecci ejemplifica uno de los grandes beneficios de los estudios de calidad de vida al comparar cómo es la misma en pacientes ambulatorios que padecen diferentes problemáticas (dolor, parkinson y ansiedad).

Somanth Chatterji expone sobre los aspectos más conceptuales de la noción de calidad de vida.

Ramona Lucas presenta la versión del WHOQOL para viejos, con una interesante exposición de cómo se cocinó internacionalmente esta versión específica.

Montserrat Ferrer estudia cuestiones metodológicas de la traducción y el uso de escalas en español, siendo que generalmente surgen en otro idioma y para poblaciones con otra cultura.

Luis Rajmil rescata el valor de la opinión de los niños respecto a su calidad de vida, ahora saliéndose del paternalismo de los padres■

Depresión y calidad de vida

Rodolfo Zaratiegui

*Psinapsys. Centro de investigación y tratamientos en Psicofarmacología Clínica.
48No. 816 1/2. B1900NH. La Plata. psinapsy@speedy.com.ar*

Las investigaciones más modernas sobre el impacto que un trastorno dado (médico o psiquiátrico) tiene sobre la sociedad, van más allá de las determinaciones de prevalencia, complicaciones, comorbilidad y mortalidad, para tratar de establecer cómo ese trastorno afecta al funcionamiento y el bienestar de las personas. Este bienestar subjetivamente percibido, que se resume en el concepto de calidad de vida (CV), es la preocupación primaria del paciente, de sus familiares, y debiera serlo también de los organismos encargados de cuidar su salud y restaurarla en caso de enfermedad.

Impacto de la depresión

El impacto de la depresión se ve plenamente reflejado en los estudios internacionales sobre la denominada "carga de enfermedad". Es un indicador que permite medir las pérdidas de salud que para una población representan tanto las consecuencias mortales como las

no mortales de las enfermedades. Su unidad de medida son los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD, o DALY en inglés). El ranking mundial de la carga de las enfermedades medida en AVADs muestra a la depresión como la cuarta causa de pérdida de años de vida saludables (23), primera en los países desarrollados. Las proyecciones al año 2020 predicen que para ese entonces será la segunda causa a nivel planetario (22).

Según las tablas de la OMS, en la Argentina podía considerarse la segunda carga de enfermedad en el año 2002, detrás de los trastornos por uso de alcohol y delante de la cardiopatía isquémica y otras lesiones accidentales (36), aunque la recolección de datos epidemiológicos sobre la depresión deja mucho que desear en estas tierras (32).

Los síntomas de este trastorno repercuten en muchas áreas que las personas estiman importantes para su bienestar y funcionamiento psicosocial. Un estudio comunitario reciente, sobre más de 9000 personas, determinó que los trabajadores con depresión unipolar manifestaban

Resumen

Se efectúa un relevé de los antecedentes del tema en la literatura internacional y se relatan aspectos de las investigaciones realizadas en nuestro medio bajo el apoyo y dirección de la Fundación FUNDONAR, mediante la utilización de la escala genérica transcultural de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL).

La medición de calidad de vida en la depresión ha mostrado su gran impacto no sólo en el bienestar de las personas sino en todos los dominios que consideran importantes para la satisfacción de sus expectativas según el marco sociocultural en el que se encuentran inmersas.

La repercusión de la depresión es mayor que la de varias condiciones médicas crónicas, lo cual subraya la importancia que debe dársele en la planificación de políticas de salud y asignación de recursos.

El grado de severidad de esta enfermedad correlaciona directamente con el deterioro de la calidad de vida. Las escalas de medición de calidad de vida pueden ser otro instrumento útil para evaluar el resultado de los distintos tratamientos que disponemos, más allá de la sintomatología, poniendo el énfasis en la opinión y sentimientos que son de valor para el paciente.

Palabras clave: Calidad de vida - Enfermedades crónicas - Depresión - Investigación en calidad de vida

DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE

Summary

A narrative review is made on the subject, highlighting the research conducted in our country under the direction and support of FUNDONAR Foundation, by the use of the World Health Organization transcultural quality of life measure (WHOQOL).

Quality of life measurements have shown the strong impact of depression on people's well-being, and also on all life aspects that they believe important, depending on their personal and cultural expectations.

Quality of life was considerably poorer in depressed persons than in individuals with some other frequent chronic diseases. This underscores that its assessment can be used in health care decision making and resource allocation.

The impact of depression was also found to be related to the seriousness of the episode. Quality of life measurements could be useful to assess the effectiveness of different mood disorder interventions, beyond symptomatology, with focus on individuals' main subjective opinions and concerns.

Key words: Quality of life - Chronic diseases - Depression

haber perdido un promedio de 27 días de trabajo el último año, cifra que ascendía a 65 si es bipolar (17). Un diseño prospectivo, más adecuado a la cuestión porque evita las distorsiones de la memoria, mostró que las personas clínicamente deprimidas tienen aproximadamente cinco veces más probabilidades de tener días de trabajo perdido por discapacidad que las personas libres de enfermedad (8). Grados leves e incluso subsindrómicos de depresión también se asocian a discapacidad laboral (16, 18).

También se ha objetivado una disminución significativa del funcionamiento en otras diversas áreas sociales, como por ejemplo la recreativa, deterioros en los roles familiares y matrimoniales, empobrecimiento de las relaciones íntimas e interacciones sociales menos satisfactorias (25).

Dos estudios epidemiológicos a gran escala efectuados en los Estados Unidos de Norteamérica ("Epidemiological Catchment Area" y "National Comorbidity Survey") revelaron que los sujetos con depresión mayor o subsindrómica tenían mayores niveles de tensión en el hogar, más dificultades financieras y un estado de salud disminuido en general. El porcentaje de ellos que habían completado estudios secundarios era menor, enfrentaban más embarazos en la adolescencia, luego menor satisfacción marital y mayor tasa de divorcio (25).

Repercusión sobre la calidad de vida

Hasta aquí he señalado múltiples niveles de evaluación por parte de observadores entrenados como médicos, administradores de salud, psicólogos, etc., traídos a colación con el fin de comprobar que según métodos objetivos la depresión afecta áreas de la persona que consensuamos como importantes y trascendentes para el bienestar individual (no incluyo el acortamiento de la vida o las repercusiones sobre otras enfermedades por estar fuera de los objetivos de esta comunicación). Sin embargo, el concepto de CV se debe centrar en la percepción propia del individuo acerca de su estado de salud, su posición en el marco sociocultural en relación a sus expectativas y otros aspectos de la vida que considera de valor. En otras palabras, es el propio punto de vista del paciente, lo que su subjetividad nos informa, con sus propios valores y prioridades, que no son necesariamente los nuestros.

Las escalas con las que se la trata de medir objetivamente no funcionan como un medio para medir síntomas ni para juzgar discapacidad, sino como una herramienta para evaluar la percepción subjetiva del efecto que la enfermedad y su tratamiento producen sobre la CV de la persona.

Varios investigadores, utilizando una variedad de instrumentos de medición, han demostrado el fuerte impacto de la depresión sobre la CV (27, 29, 33).

En uno de los más importantes estudios hasta la fecha, conocido como "Medical Outcomes Study", se recolectaron datos de más de 11.000 pacientes en tratamiento por condiciones médicas crónicas como hipertensión, diabetes, artritis, enfermedad coronaria avanzada y depresión. Se utilizó la escala SF-36 que mide CV desagregándola en 8 dominios de rol y función. Los pacientes con depresión estimaron su funcionamiento

más bajo que el de la normalidad y comparable o inferior al de otras condiciones crónicas (13, 35). Incluso la percepción del propio funcionamiento físico resultaba peor que la correspondiente a la diabetes, hipertensión y artritis.

Nuestro trabajo en Argentina

Se utilizan internacionalmente numerosas escalas para medir la CV en la depresión, no menos de 19, que lamentablemente suelen representar muchas veces diferentes concepciones del tema (10). En nuestro medio, hemos podido producir y publicar datos autóctonos sobre el impacto de la depresión en la CV, gracias a la guía y colaboración de la Fundación FUNDONAR de La Plata.

En primer lugar, quisimos evaluar la CV haciendo una comparación con otras patologías crónicas. La mayoría de los instrumentos de medición de CV que consideramos presenta el inconveniente de haber sido desarrollados en los Estados Unidos de Norteamérica y en Europa, lo que trae cuestiones sobre si puede aplicarse una escala construida en base a valores considerados importantes para la CV en esas sociedades a una cultura que puede tener diferentes valoraciones (19).

De tal modo, decidimos utilizar WHOQOL-100, que es una escala genérica transcultural autoadministrada elaborada por la Organización Mundial de la Salud (31). Fue desarrollada simultáneamente en 18 países, entre ellos el nuestro, en el que ha sido validada y sus propiedades psicométricas comprobadas (3). Consta de 100 preguntas y permite determinar 6 dominios de CV que son el físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad, así como una estimación global. Cada uno de dichos dominios presenta facetas, 24 para el total de la escala.

Se tomó una muestra de 48 pacientes con depresión mayor, a la que se comparó con una de sujetos sanos aparados por las características sociodemográficas (n=96), así como con tres grupos de enfermos de patologías crónicas frecuentes, representadas por lumbalgia debida a procesos benignos (n=87), hipertensión en tratamiento ambulatorio (n=50) y cáncer de mama en un intervalo libre de enfermedad (n=44) (tabla 1).

Los resultados fueron notables: la depresión mostró una CV marcadamente inferior que las personas sanas y que los tres grupos de enfermos crónicos. Los puntajes más bajos de CV no se limitaron a la faz psicológica sino que abarcaron todos los dominios y casi todas las facetas, alcanzando una clara significación estadística (figura 1).

También tratamos de confirmar si la severidad de la depresión correlacionaba con el deterioro de la CV. Para medir la severidad de aquélla escogimos una escala de las más utilizadas a nivel mundial, la BDI (Beck Depression Inventory) (1), en virtud de que ha tenido un proceso de validación en Argentina siguiendo los estándares internacionales (2). Para medir la CV, utilizamos el WHOQOL - BREF, versión abreviada del WHOQOL 100, más fácil de administrar por constar de sólo 26 preguntas. Se ha mostrado perfectamente similar a la versión completa en otros estudios del mismo grupo (4, 6). Dividimos una muestra de 66 pacientes con depresión mayor según la mediana de los puntajes BDI a fin separar a los más severos de los

Tabla 1
Depresión versus otras enfermedades crónicas: características sociodemográficas de las muestras

Característica	Depresión	Sanos	Cáncer	Lumbalgia	Hipertensión
Número	48	96	44	87	50
Sexo Femenino [n (%)]	32 (66.7)	64 (66.7)	44 (100)	55 (63.2)	27 (54.0)
Edad (media±DS)	44.19±11.96	44.24±12.71	56.09±10.77	50.36±12.95	56.16±9.58
Nivel Educativo (%)					
Primario	8.8	28.1	68.2	44.8	62.0
Secundario	47.9	39.6	22.7	29.9	22.0
Universitario	33.3	32.3	9.1	25.3	16.0

Datos tomados de Bonicatto et al., 2001 (6)

menos. Inicialmente, comparamos los puntajes de ambos grupos así formados. Las diferencias encontradas en la CV fueron significativas, con los pacientes de mayor severidad teniendo peor CV en todos los dominios (fig. 2). Luego, buscamos si existía correlación entre la severidad de la depresión y el bajo puntaje en la CV. Los puntajes BDI resultaron correlacionados significativamente en forma negativa con los cuatro dominios del WHOQOL-BREF (5).

Esto conduce a preguntarse si la determinación de la CV no puede resultar de utilidad para la evaluación de la respuesta al tratamiento de la depresión.

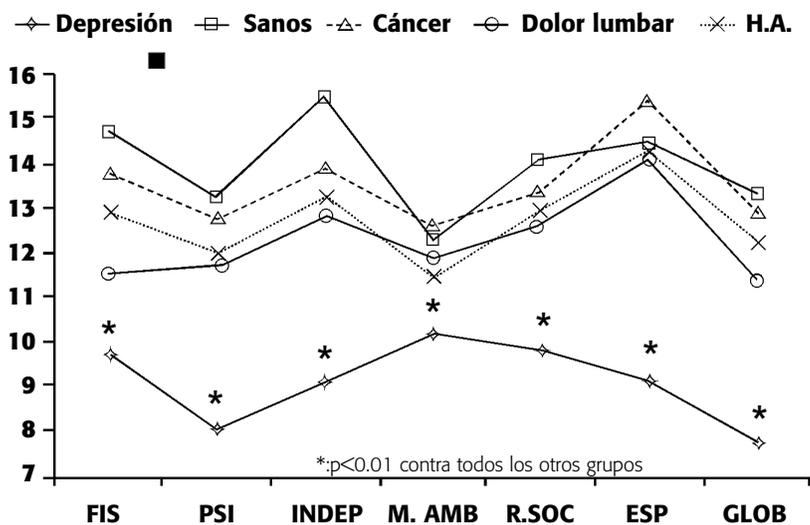
Los tratamientos antidepressivos modernos deben ser diseñados no sólo para resolver los síntomas y signos de la enfermedad depresiva sino para restablecer el bienestar de la persona que ha enfermado (30).

Uno de los problemas importantes del tratamiento de la depresión es que a pesar de una respuesta favora-

ble queda sintomatología residual en una proporción apreciable de los pacientes (24). Esta sintomatología, que no sobrepasa el umbral necesario para el diagnóstico de depresión mayor, está asociada con disfunción laboral e interpersonal (12, 13) e implica un riesgo aumentado de nuevos episodios (21, 26). Los cuadros depresivos subsindrómicos confieren mayor riesgo de presentar pensamientos y conducta suicida, de utilizar servicios médicos y beneficios por incapacidad (15). Este espectro menor se encuentra mal "capturado" por las medidas clásicas de respuesta y resulta un área que presenta deterioro mensurable de la CV (9).

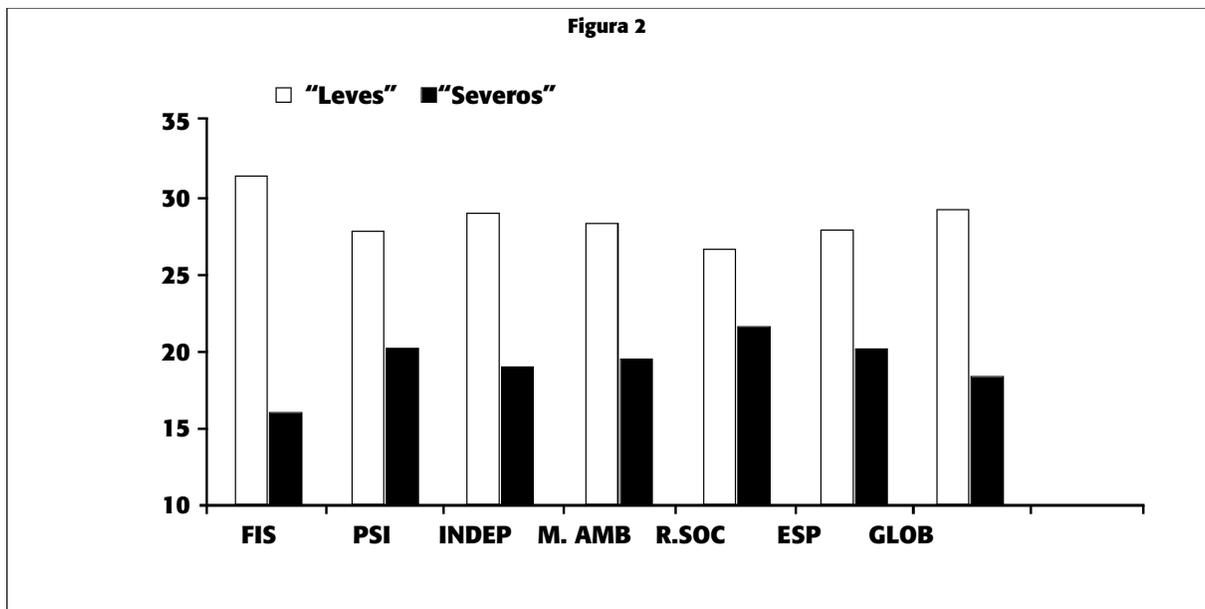
La determinación de ésta representa entonces una dimensión necesaria de la evaluación de las intervenciones terapéuticas y es una herramienta promisoriosa en estos ámbitos donde los instrumentos actuales de medición sintomática son más limitados.

Figura 1



Puntajes medios de los distintos dominios de calidad de vida en depresión, individuos sanos y tres condiciones médicas crónicas, Datos tomados de Bonicatto y col., 2001 (6).

H.A. = hipertensión arterial; FIS = dominio físico; PSI = psicológico; INDEP = Nivel de independencia; M.AMB = Medio ambiente; R.SOC = Relaciones sociales; ESP = Espiritual; GLOB = CV Global



Puntajes en el WHOQOL-BREF de los dos grupos en los que se dividió una muestra de 66 pacientes con depresión mayor según la mediana de los puntajes BDI. A la mitad con menor puntaje se la llamó "leves" y a la de mayor "severos", a los fines comparativos. Datos tomados de Bonicatto y col., 2000 (5).

FIS = dominio físico; PSI = psicológico; INDEP = Nivel de independenciam; M.AMB = Medio ambiente; R.SOC = Relaciones sociales; ESP = Espiritual; GLOB = CV Global

Por dar un ejemplo, en un estudio se ha encontrado que la CV sigue mejorando uno a tres meses luego de la remisión sintomática (20). Plantea la intrigante posibilidad que el deterioro residual de la CV sea un intermedio entre la remisión sintomática y la normalidad. Otro aspecto interesante es la capacidad de algunas facetas de predecir la respuesta al tratamiento, como por ejemplo el grado de sentimientos positivos (WHOQOL) que resultó el mejor predictor de la evolución a dos meses de tratamiento en un estudio (28).

Siendo ya sabido que los tratamientos antidepresivos mejoran la CV (11, 28), nos propusimos realizar un diseño longitudinal y prospectivo, con el objetivo de estimar la utilidad de la escala WHOQOL-BREF como instrumento de evaluación de respuesta al tratamiento de la depresión mayor (7). Tomamos 46 pacientes consecutivos de nuestro centro, que aceptaron participar, desde marzo de 1999 a marzo de 2000. Completaron el seguimiento 37 pacientes, sobre los cuales se efectuaron los análisis. Fueron 25 mujeres y 12 varones, con una edad promedio de 47,35 años (rango 20 a 74). Todos aceptaron llenar las escalas BDI y WHOQOL-BREF al inicio, antes de suministrarles el tratamiento antidepresivo, y a las dos, cuatro y seis semanas.

La mejoría generada por el tratamiento del grupo fue significativa, como lo atestiguó el cambio de los puntajes BDI ($p < 0,005$; test t para muestras dependientes). La modificación de los puntajes de CV también fue significativa en todos los dominios, atestiguando la sensibilidad de la escala al cambio (tabla 2).

En cuanto a las correlaciones, encontramos una asociación significativa de las mediciones de todos los dominios de la CV con los puntajes BDI de los cuatro

cortes temporales, de modo que aquéllos se comportan como predictores de la puntuación BDI. Se analizaron confundidores (edad, sexo, status socioeconómico y nivel educacional) mediante regresión múltiple. Excepto para el dominio social, las variables consideradas no influenciaron la fuerza de la correlación entre los puntajes. (tabla 3)

De modo que, hasta lo que hemos podido ir investigando, la escala WHOQOL resulta sensible al cambio y podría ser utilizada como medida complementaria de resultados del tratamiento en nuestro medio.

Es interesante señalar que al monitorear la CV durante el tratamiento surgen temas de índole psicosocial y personal que son necesarios de abarcar con el paciente o su medio para facilitar la recuperación.

La comparación entre tratamientos puede ser otro campo de aplicación de estas mediciones. Brevemente, unos pocos ensayos han mostrado que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina impactan mejor la CV que los tricíclicos (25), siendo obvio que estas mediciones incluyen el malestar que ocasionan los efectos adversos. En el largo plazo, la psicoterapia interpersonal resultó mejor para el ajuste social que la amitriptilina (34).

Entiendo que la medición de CV sería de vital ayuda a las comparaciones entre las terapéuticas psicofarmacológica y psicoterapéutica, dado que las escalas de medición de síntomas depresivos están construidas con muchos síntomas somáticos que son más accesibles a los fármacos, otorgándoles ventaja (14).

Por otra parte, algunas escuelas de pensamiento psicoterapéutico, fundamentalmente las dinámicas, son reticentes en aceptar que el indicador de progreso en la condición patológica sea solamente la sintomatología.

Tabla 2
Comparación entre puntajes medios del BDI y de los 4 dominios del WHOQOL Bref pre y post - tratamiento (t-test para muestras dependientes) de 37 pacientes con depresión mayor

Dominio	Media basal (DS)	Media 6ta sem.(DS)	Diferencia	t	P
Físico	64.3 (±11.8)	79.0 (±19.3)	-14.7	-3.63	< 0,005
Psicológico	43.3 (±12.8)	56.6 (±19.7)	-13.3	-3.64	< 0,005
Social	25.9 (±8.4)	31.6 (±10.4)	-5.6	-3.19	< 0,005
Medio Amb.	77.0 (±18.9)	86.7 (±21.4)	-9.6	-2.75	< 0,05
BDI	26.7 (±10.4)	12.8 (±12.2)	13.9	7.34	< 0,005

Tabla 3
Correlación entre BDI y dominios del WHOQOL Bref (Regresión lineal)

Dominio	Basal ¹	2 semanas ¹	4 semanas ¹	6 semanas ¹
Físico	-.49 (-3.28)**	-.66 (-4.76)**	-.70 (-5.38)**	-.72 (-5.24)**
Psicológico	-.63 (-4.66)**	-.81 (-7.55)**	-.80 (-7.36)**	-.81 (-7.08)**
Social	-.37 (-2.33)*	-.33 (-1.91)	-.55 (-3.58)**	-.39 (2.17)*
Medio Amb.	-.59 (-4.24)**	-.63 (-4.40)**	-.66 (4.82)**	-.59 (3.75)**
Global	-.41 (-2.59)*	-.61 (-4.24)**	-.62 (-4.30)**	-.72 (-5.24)**

1. Coeficiente de correlación entre paréntesis el valor t; *: p<0.05; **: p<0.005

La medición de CV según la perspectiva que abarco en este trabajo, por el contrario, significa una oportunidad de objetivar el cambio terapéutico teniendo como eje las modificaciones subjetivas del paciente.

Conclusiones

La medición de CV en la depresión ha mostrado su gran impacto no sólo en el bienestar de las personas sino en todos los dominios que consideran importantes para la satisfacción de sus expectativas según el marco sociocultural en el que se encuentran inmersas.

La repercusión de la depresión es mayor que la de varias condiciones médicas crónicas, lo cual subraya la importancia que debe dársele en la planificación de políticas de salud y asignación de recursos.

El grado de severidad de esta enfermedad correlaciona directamente con el deterioro de la CV. Su medición podría ser otro instrumento útil para evaluar el resultado de los distintos tratamientos que disponemos, más allá de la sintomatología, poniendo el énfasis en la opinión y sentimientos que son de valor para el paciente.

Estas consideraciones están basadas en la literatura internacional y avaladas por investigaciones realizadas en nuestro medio. ■

Referencias bibliográficas

1. Beck A, Steer R. Beck Depression Inventory. San Antonio: The Psychological Corporation, 1993
2. Bonicatto S, Dew AM, Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Res* 1998; 79(3):277-85.
3. Bonicatto S, Soria JJ. WHOQOL: Los instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Manual del Usuario. La Plata, Argentina: Ed CATA, 1998
4. Bonicatto S, Soria JJ. WHOQOL-BREF: some psychometric considerations of the Argentina version. *Qual Life Res* 1997; 6(78): 626
5. Bonicatto S; Zaratiegui R; Lorenzo L; Pecina P. Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad. *Acta psiquiát. psicol. Am. Lat* 2000; 46(4):318-24
6. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001; 52(6):911-9.
7. Bonicatto S; Zaratiegui R; Lorenzo L; Pecina P. Tratamiento de la depresión mayor: calidad de vida como medida de evaluación de respuesta. Manuscrito no publicado, 2001
8. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264(19):2524-8.
9. Cuijpers P, de Graaf R, van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord* 2004; 79(1-3):71-9.
10. Demyttenaere K, De Fruyt J, Huygens R. Measuring quality of life in depression. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15(1):89-92.
11. Doraiswamy PM, Khan ZM, Donahue RM, Richard NE. Quality of life in geriatric depression: a comparison of remitters, partial responders, and nonresponders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9(4):423-8.
12. Fava GA. The concept of recovery in affective disorders. *Psychother Psychosom* 1996; 65(1):2-13.
13. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(1):11-9.
14. Healy David. The antidepressant era. Cambridge; Harvard University Press; 1999
15. Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997; 45(1-2):5-17; discussion 17-8.
16. Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry* 1996; 153(11):1411-7.
17. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Jin, R et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry* 2006; 163(9):1561-8.
18. Kruijshaar ME, Hoeymans N, Bijl RV, Spijker J, Essink-Bot ML. Levels of disability in major depression: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2003; 77(1):53-64.
19. Kuyken W. Quality of life assessment across cultures. *Int J Mental Health* 1994; 23:24-56
20. McCall WV, Reboussin BA, Cohen W, Lawton P. Electroconvulsive therapy is associated with superior symptomatic and functional change in depressed patients after psychiatric hospitalization. *J Affect Disord* 2001; 63(1-3):17-25.
21. Mueller TI, Leon AC. Recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19(1):85-102.
22. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9064):1498-504.
23. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9063):1436-42.
24. Nierenberg AA, Wright EC. Evolution of remission as the new standard in the treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 22:7-11.
25. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(1):13-7.
26. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 1995; 25(6):1171-80.
27. Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koch WL, Grant I. Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatr Serv* 1997; 48(2):224-30.
28. Skevington SM, Wright A. Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry* 2001; 178:261-7.
29. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3rd, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995; 274(19):1511-7.
30. Thase ME. Introduction: defining remission in patients treated with antidepressants. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 22:3-6.
31. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rational and current status. *Int J Mental Health* 1994; 23: 24-56
32. Torricelli F, Barcala A. Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiatría* 2004; XV (55):10-9
33. Von Korff M, Orm J, Katon W, Lin EH. Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(2):91-100.
34. Weissman MM, Klerman GL, Paykel ES, Prusoff B, Hanson B. Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30(6):771-8.
35. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262(7):914-9.
36. World Health Organization. Death and DALY estimates for 2002 by cause for WHO Member States. [acceso 19/2/2007] Disponible en <http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbdeathdalyestimates.xls>

Agradecimientos: me siento sumamente agradecido por haber podido compartir la serie de investigaciones relatadas con los Dres. Silvia Bonicatto, Laura Lorenzo, Pablo Pecina y el licenciado Juan J. Soria.

La calidad de vida de los médicos: estudio de una muestra de médicos del Uruguay

Laura Schwartzmann

Departamento de Psicología Médica. Hospital de Clínicas. Piso 15. Avda. Italia s/n. Montevideo, CP 11600. e.mail: lschwartz@hc.edu.uy
Médico Psiquiatra, Profesora y Jefe del Departamento de Psicología Médica. Facultad de Medicina.
Universidad de la República Oriental del Uruguay

Introducción

La búsqueda de “una buena vida” es tan antigua como la humanidad y tienen también una larga historia los estudios que buscan cómo se logra, desde las investigaciones sobre la felicidad conducidas desde la psicología y la búsqueda de indicadores de calidad de vida, desde la sociología. En el campo de la salud, sin embargo, es en la última década del siglo pasado que se produce una eclosión de trabajos en torno al tema de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Su centro de atención es la percepción del grado de satisfacción de las personas con su bienestar, en función de la modificación que la enfermedad y sus consecuencias directas o indirectas, provoca en sus vidas, en relación a sus expectativas (17). Desde entonces

el campo de la CVRS y más recientemente el campo más amplio de los PRO (Patient Reported Outcomes) ha tenido un enorme desarrollo, con un aumento exponencial del número de investigaciones publicadas en las más importantes revistas médicas (37). Sólo considerando a partir del 2002, hay más de medio millón de trabajos indexados referidos a CVRS.

La elevada prevalencia de enfermedades crónicas en la mayoría de los países ha llevado al consenso sobre la necesidad de considerar la calidad de vida resultante como un indicador fundamental de los resultados del tratamiento. La valoración de la percepción de los pacientes, es decir la reubicación en la perspectiva de la subjetividad de los pacientes, es un salto cualitativo en una medicina altamente tecnificada que, desde un paradigma positivista y exclusivamente bio-médico, había dejado de lado el valor

Resumen

La profesión médica se reconoce como una población de riesgo en relación a su salud, por las características propias del trabajo así como los cambios en la práctica médica en los últimos 40 años. Existen pocos estudios referentes a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los médicos. El presente trabajo estudia la CVRS de 145 médicos asistentes a talleres de Educación Médica Continua en Uruguay, quienes respondieron el cuestionario abreviado de calidad de vida de la OMS, la escala de Maslach y un listado de situaciones laborales intereferentes. Los resultados muestran la afectación de la CVRS, en especial en la esfera psicológica y física de aquellos médicos que presentan síndrome de *burnout* y también de aquellos que, sin configurar el síndrome, presentan agotamiento emocional y distancia relacional elevadas en relación a sus pares. Los afectados perciben su práctica como disruptiva de su vida personal, por la irritabilidad que afecta las relaciones interpersonales, dificultad para disfrutar y excesivo número de horas fuera del hogar. Se evidencia también el rol protector sobre la CVRS en aquellos profesionales que sienten que el trabajo aporta cosas valiosas, que mantienen su motivación hacia el trabajo y la empatía hacia sus pacientes. Se analizan los factores sociales, organizacionales e individuales que influyen en la situación actual. Se señala la necesidad de estudios prospectivos que los confirmen así como las posibles medidas a nivel social, educativo, organizacional e individual que favorezcan una práctica reflexiva y gratificante, sobre la base de un nuevo contrato entre los médicos y la sociedad.

Palabras claves: Calidad de vida relacionada con la salud - Satisfacción laboral - Burnout - Médicos

HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN MEDICAL DOCTORS: STUDY OF A SAMPLE OF URUGUAYAN PROFESSIONALS

Summary

Medical profession has been recognized as a health risk population due to inherent work characteristics as well as relatively recent changes in medical practice. However few studies refer to Physicians' Health-Related Quality of Life (HRQL). Present study analyzes HRQL of 145 medical doctors participating in Continuous Medical Education courses in Uruguay. Participants completed WHOQOL-Bref, Maslach Burnout Inventory and a list of work-related interfering factors. Results show lower HRQL, especially in psychological and physical domains in those suffering burnout syndrome and also those who exhibit only emotional exhaustion or depersonalization. Factors explaining low psychological well being are related to work disruptive effects on personal life, because of irritability, lack of enjoyment and excessive work hours. The importance of protecting factors is also confirmed. Doctors considering their work as giving them valuable things, keeping motivation for work and empathy towards patients, exhibit better HRQL. Social, educational, organizational and individual factors that might influence on the situation are analyzed. The need of longitudinal studies to confirm the results is emphasized. Possible measures in these different levels are proposed. The ultimate goal is to favour a reflexive and gratifying practice, setting the basis of a new contract between doctors and society.

Key words: Health-Related quality of life - Work satisfaction - Burnout- Medical doctors

de los datos subjetivos. Sin embargo, paradójicamente, mientras la evaluación de la CVRS se desarrolla científicamente, acercándose a formas adecuadas de medida, con enorme desarrollos psicométricos y estadísticos, la brecha entre los pacientes y sus médicos se acentúa, aumentando en forma marcada la insatisfacción de ambos polos de esta imprescindible relación. Ya en 1995, el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHO-QOL) que desarrollara los cuestionarios de calidad de vida (WHOQOL-100 y WHOQOL BREF), señalaba entre los grupos prioritarios a ser evaluados tanto los pacientes portadores de enfermedades crónicas y terminales como el personal de salud (51; 45). Si bien la descripción de los aspectos conceptuales de la CVRS está fuera del alcance de esta investigación y ha sido desarrollada en otro trabajo (37), vale la pena recordar que la base del concepto es que la percepción de calidad de vida es un fenómeno individual, atravesada por los compromisos internos que logra el individuo entre los aspectos negativos y positivos de la vida y sus expectativas, haciendo mayor o menor la "brecha" en la evaluación subjetiva de los logros obtenidos. La Organización Mundial de la Salud destaca además los elementos contextuales (cultura y sistema de valores) que la condicionan, definiendo la calidad de vida como "la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en el que vive en relación con sus propios objetivos, expectativas y valores".

Partiendo de este concepto y teniendo en cuenta las enormes modificaciones en la práctica médica de los últimos 40 años, es comprensible que el impacto de estos cambios sobre el bienestar y la salud de sus principales efectores, los médicos, haya aparecido desde entonces en diversas publicaciones médicas, aunque las mismas no hagan referencia al concepto de CVRS. (18; 53; 12; 42; 22; 13; 8)

La práctica profesional, concebida como una profesión liberal, ha prácticamente desaparecido, el reconocimiento social y la sólida posición económica de los médicos ha dado lugar a diversas situaciones caracterizadas fundamentalmente por el paso del conjunto del "Cuerpo Médico" a la situación de asalariados, con enormes asimetrías y grados diversos de multiempleo, subempleo y desempleo. El lugar de prestigio en el imaginario social, inmortalizado en la obra de Florencio Sánchez (1875-1910) "M'hijo el doctor", también ha cambiado. Hoy los médicos se sienten presionados. Según A. Zuger (54), "los médicos están atrapados por demandas internas (imposibilidad de saber todo lo que creen que deberían saber) y externas (pérdida de autonomía, prestigio y reconocimiento). La insatisfacción de los médicos determina un deterioro de su práctica clínica, insatisfacción y falta de adhesión a los tratamientos entre los pacientes con aumentos en los costos de salud". Por otra parte, las pautas culturales se van modificando hacia actitudes más proyectivas, en que alguien externo tiene la culpa, cuando las cosas no van bien. A mayor presión, mayor insatisfacción y posibilidad de errores, más dificultades en la comunicación con los usuarios, mayor riesgo de demandas y consecuentes aumentos de la presión laboral percibida junto al deterioro del bienestar por parte de los profesionales. Estos aspectos han sido recientemente estudiados, en los EE.UU., en médicos residentes, considerando un grupo de riesgo especial. (50)

Como señalara JP Barrán (2), tan crítico en sus trabajos hacia el "Poder Médico" (1), en el XXXV Congreso Uruguayo de Medicina Interna, la "medicina ha triunfado" aunque quizás los "médicos han perdido". La paradoja es sin duda que la creciente medicalización de la sociedad (expectativas de curación prácticamente ilimitadas, ideales de nuestra cultura de juventud y belleza eternas y la muerte concebida como un "error médico") ha provocado trastornos del bienestar en el sector médico.

La preocupación acerca de estos cambios y la búsqueda de explicaciones a este creciente malestar, se ponen en evidencia en una serie de artículos del *British Medical Journal (BMJ)* acerca de la infelicidad de los médicos. (18; 42) De acuerdo a estos trabajos, se ha roto el contrato "virtual", implícito, según el cual se esperaba de los médicos estudio y sacrificio importante en las etapas iniciales de su carrera y buena atención a los pacientes, desde el lugar del saber y también de poder, que les era atribuido. A cambio, los médicos recibían una buena remuneración, un balance razonable entre el trabajo y su vida personal en etapas posteriores, autonomía, trabajo seguro, deferencia y respeto.

Numerosos trabajos internacionales (5; 21; 29; 12) han confirmado la presencia de "síntomas" en los médicos y su relación con la práctica de la profesión, especialmente con las condiciones de trabajo así como el deterioro de la comunicación con el paciente. La Encuesta Médica Nacional (41) realizada en Uruguay sobremás de 600 médicos, representativos de la población médica nacional, indaga, entre otros temas, sobre la satisfacción laboral de los médicos, encontrando que el 50% no puede definir una fuente de satisfacción en su trabajo.

Tampoco los pacientes se sienten satisfechos. La consideración de la medicina como mercancía también ha dejado más desprotegidos y solitarios a los "consumidores". Lejos de la alianza médico-paciente para combatir la enfermedad, la situación actual deja al paciente ("consumidor") enfrentándose al médico y a su enfermedad, generándose la duda permanente si la indicación o no indicación de exámenes o intervenciones está basada en la "beneficiencia" (principio ético fundamental) o en intereses económicos de los propios médicos o de las "empresas de salud".

El presente trabajo se propone estudiar la CVRS de un grupo de médicos asistentes a actividades de Educación Médica Continua y la relación de estos resultados con factores de riesgo y protección a nivel laboral, en consonancia con el concepto de Calidad de Vida que incluye no sólo los aspectos negativos, sino aquellos aspectos positivos que actúan balanceando los resultados y que hacen justamente de la noción de Calidad de Vida algo diferente a las medidas psicopatológicas habituales. Se comparan los resultados obtenidos con los datos de la Encuesta Médica Nacional (EMN) del año 2004.

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y correlacional. Se estudiaron 150 médicos participantes

en talleres de Educación Médica Continua (EMC) en distintos lugares del país, entre los años 2005 y 2006. En forma autoadministrada y anónima, se aplicaron la Escala de Burnout de Maslach, en una adaptación con 5 opciones de respuesta, la Escala Abreviada de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF) (35) en la versión culturalmente adaptada para Uruguay (43), así como un listado de factores interferentes con el bienestar laboral.

Estos resultados se comparan con datos de la Encuesta Médica Nacional del año 2004 que incluyó una muestra aleatoria de todos los médicos del país (N=600) y donde esta investigadora aportó la escala de agotamiento emocional, considerada por diversos investigadores como el núcleo central del *burnout* (40), así como el listado de factores que interfieren en el trabajo.

La Escala de Maslach consta de tres subescalas (agotamiento emocional, distancia relacional y satisfacción profesional). La versión utilizada incluye como opción de respuesta una escala Likert de 5 puntos que va desde "nunca" hasta "todos los días", habiéndose establecido los puntos de corte en terciles (25; 27) para las distintas subescalas, los que determinan el grado alto, medio o bajo del constructo evaluado.

La Escala de Calidad de Vida Abreviada de la OMS incluye 26 ítems que se agrupan en cuatro dimensiones (física, psicológica, social y ambiental) y se puntúa de acuerdo a la sintaxis proporcionada por la OMS, donde 100 es el máximo puntaje, indicando valores más altos mejor calidad de vida.

Se incluye una encuesta de factores interferentes constituida por 7 afirmaciones, que se contesta señalando el grado de acuerdo o desacuerdo, en una escala Likert de 4 opciones.

El procesamiento estadístico incluye el estudio descriptivo de las características socio-demográficas de los participantes, análisis de comparación de medias (test de t y ANOVA) para medir diferencias entre grupos y regresión lineal múltiple, para identificar factores predictores de la Calidad de Vida y del agotamiento emocional de los médicos. Se evaluó la confiabilidad de las escalas utilizadas en la muestra a través del alfa de Cronbach, fijándose un valor de 0.70 para buena confiabilidad.

Resultados

Los cuestionarios se distribuyeron al total de participantes en cuatro cursos de Educación Médica Continua, dictados por el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, entre los años 2005 y 2006. Contestaron la encuesta, incluyendo ambas escalas, 145 participantes de los 175 asistentes (85%).

La distribución por sexo fue 60% mujeres y 40% hombres, la edad promedio de los participantes 51 años con un mínimo de 33 y un máximo de 65.

La confiabilidad en esta muestra fue alfa 0.87 para la escala de agotamiento emocional, 0.70 para la escala de distancia relacional y 0.72 para la realización profesional.

Se analizó la confiabilidad de la Escala Abreviada de Calidad de Vida encontrando un alfa: 0.84 para el dominio psicológico, 0.72 para el dominio físico y 0.77 para el dominio ambiental. El alfa más bajo (0.63) corresponde a la escala social, vinculado seguramente a problemas de construcción (incluye sólo 3 ítems)

En la escala de Maslach, las puntuaciones promedios de la población fueron 20 puntos para agotamiento emocional (Puntaje máximo 45), 8 para distancia relacional (Puntaje máximo 25) y 29 para realización profesional (Puntaje máximo 40).

Agrupando cada una de las escalas en categorías, se obtuvieron los siguientes resultados. (Tabla 1)

TABLA 1. Clasificación de las subescalas de Maslach (N=145)

Agotamiento emocional

Bajo: 47% (N:68)

Medio: 37% (N:53)

Alto: 16% (N:24)

Distancia Relacional

Baja: 29% (N:42)

Media: 41% (N:59)

Alta: 30% (N: 44)

Realización Profesional

Baja: 9% (N:15)

Media: 33% (N: 47)

Alta: 58% (N:82)

Las frecuencias de los factores laborales explorados que interfieren en la vida personal muestran que más del 50% de los médicos sienten que el número de horas de trabajo la distorsiona, el 35% refiere irritabilidad en su entorno por problemas laborales, 60% permanece preocupado por problemas del trabajo fuera del mismo, 35% refiere no lograr disfrutar fuera del trabajo, mientras que son significativamente menores las cifras de los que reconocen que los problemas personales interfieren con su trabajo.

Configuran el cuadro de *Burnout*, de acuerdo a las categorías establecidas por Maslach (agotamiento emocional y distancia relacional altas y baja realización profesional) 10 médicos que equivalen al 7% de la muestra. Este grupo está conformado por hombres y mujeres en la misma proporción y tiene una media de edad de 50 años, con un mínimo de 43 y un máximo de 56. Los afectados presentan un alto impacto sobre la calidad de vida, estadísticamente significativo ($p < .001$), en los dominios físico, psicológico y ambiental del Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS.

Al estudiar los factores predictores de la Calidad de Vida, en el grupo de médicos que presentan síndrome de *burnout*, se encuentra que la variable con más poder explicativo es la irritabilidad fuera por problemas laborales (Beta .76), evidenciando la afectación de las relaciones interpersonales más cercanas.

Considerando exclusivamente el agotamiento emocional alto, descrito como el núcleo central del síndrome de *burnout*, la presencia de agotamiento emocional en el 23% de la muestra afecta negativamente la calidad de vida, encontrándose diferencias significativas entre quienes lo presentan y los que no, en los dominios físico, psicológico y ambiental, con un nivel de significación de $p < .001$. La presencia de distancia relacional alta (29% de la muestra) influye también de modo negativo en la calidad de vida, en los mismos dominios arriba señalados, con un nivel de significación de $p < .001$. Por el contrario, la realización profesional alta (58% de la muestra) influye positivamente en la calidad de vida, siendo las diferencias con los otros grupos significativas ($p < .005$)

Al analizar los factores predictores de la Calidad de Vida, en el conjunto del grupo estudiado ($N=145$), se encuentra que los factores que impactan negativamente (factores de riesgo) explican un 40% de la varianza en la esfera psicológica. Las variables que repercuten más sobre la calidad de vida parecen ser aquellas que muestran un efecto "invasivo" sobre la vida cotidiana: la ausencia de disfrute fuera del trabajo, por problemas laborales (Beta .39), la elevada distancia relacional (Beta .26) y los problemas personales, derivados de los anteriores (Beta .19).

La predicción aumenta al 65% al incluir en el análisis todos los ítems de la escala de Maslach y los indicadores de interferencia, destacándose la importancia de la realización personal, que opera como factor protector. El sentirse con energía para el trabajo (Beta.43), la vivencia de que el mismo aporta cosas valiosas (Beta.21) y la capacidad de empatía (Beta .20) aparecen como factores posi-

vos mientras que los factores que deterioran la calidad de vida son la ausencia de disfrute dentro y fuera del trabajo (Beta.33), la percepción del endurecimiento en el trato interpersonal (Beta .32) la frustración y el cansancio en el contacto con los pacientes (Beta .44),

Al comparar los valores de agotamiento emocional en nuestra muestra de estudio con la Encuesta Médica Nacional, muestra representativa del conjunto de la población médica del país, se observan, en esta última, niveles más bajos de agotamiento emocional. Seguramente los participantes en los cursos están más involucrados en el tema por razones personales y además contestaron la encuesta en forma anónima, mientras que la EMN fue administrada por entrevistadores no médicos, lo que puede haber disminuido el grado de fidelidad de las respuestas. De todos modos, sumando los niveles medio y alto de la población médica nacional, la cifra de malestar alcanza al 50% de la población, lo que es un dato para considerar. (Tabla 2)

Tabla 2. Agotamiento emocional en Encuesta Médica Nacional (N=600)

Bajo: 49% (N: 286)
Medio: 46% (N: 265)
Alto: 5% (N:30)

En la muestra nacional de médicos, el agotamiento es significativamente mayor en las mujeres y en los menores de 45 años ($p < .05$).



Con el fin de avanzar en los factores explicativos, se estudiaron los factores predictores de agotamiento emocional en la Encuesta Médica Nacional, que incluye un conjunto de preguntas vinculadas a la calidad del empleo, satisfacción profesional, conductas vinculadas al estrés así como factores interferentes en el trabajo.

Las variables introducidas en el modelo explican casi 50% de la varianza en agotamiento emocional y muestran la relación del agotamiento emocional con variables organizacionales (presión del entorno laboral (Beta .53), número de horas de trabajo, ausencia de satisfacción profesional) así como estilos de vida no saludables, posiblemente como respuestas de afrontamiento al estrés (sobrepeso, sedentarismo, ausencia de actividades de tiempo libre por agotamiento). La menor edad aparece como un factor de riesgo, vinculado seguramente a la mayor inestabilidad laboral de los jóvenes.

Discusión

La revisión de la bibliografía sobre estos temas nos muestra en primer lugar que no hay información a nivel latinoamericano sobre la situación de salud mental de los médicos. Las publicaciones existentes están referidas principalmente a estudios hechos en los EE.UU., Canadá e Inglaterra. No hemos encontrado, en nuestra búsqueda, trabajos que estudien explícitamente la Calidad de Vida de los médicos, siendo éste el primer estudio que se realiza en nuestro país.

Datos del Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH) de los EE.UU. sugieren que entre el 25 y 40% de los trabajadores encuentran sus trabajos estresantes, existiendo una clara relación entre estrés ocupacional y salud. Datos algo más elevados (55%) proporciona la Comisión Europea de Seguridad Laboral. Dentro de los trabajadores, el personal de la salud es identificado claramente como un grupo de alto riesgo. (48; 4; 23; 11)

Los resultados encontrados en Uruguay evidencian el agotamiento emocional elevado y la interferencia de problemas laborales en la vida cotidiana y las relaciones interpersonales (entre 25 y 50% de los encuestados reconocen elementos de agotamiento, preocupación fuera del trabajo por problemas laborales, dificultad para disfrutar e irritabilidad) junto a la presencia de síndrome de *burnout* en el 7% de los médicos. La discusión acerca del hipotético continuo estrés, *burnout*, depresión está fuera del alcance de este estudio y fue objeto de otro trabajo (38). Podemos afirmar que muchos de nuestros médicos no están "felices", lo cual no significa necesariamente que estén "enfermos" (¿aún?). El deterioro progresivo de la atención, la falta de tiempo y de herramientas para el establecimiento de una comunicación mutuamente gratificante con los pacientes, va empobreciendo la práctica profesional. La necesidad de poner en juego mecanismos defensivos, lleva a un distanciamiento relacional que empobrece la práctica, produciendo un "vaciamiento emocional" que repercute también en otros aspectos de la vida. ¿Cómo podría

entonces no repercutir en la calidad de vida?

El presente estudio confirma el impacto de las situaciones laborales de insatisfacción sobre la calidad de vida, en particular en el dominio psicológico, pero también en la percepción de salud física, destacándose el papel de la ausencia de disfrute por agotamiento laboral, la distancia relacional y los problemas personales generados por el malestar laboral. Si bien, el presente estudio no releva específicamente depresión, el agotamiento emocional y el aislamiento relacional son claros indicadores de malestar. Este aspecto podría vincularse a los reportes existentes de peor bienestar emocional, mayor tendencia al suicidio, a la depresión y al consumo de alcohol en los médicos (47). Los diversos datos publicados no son absolutamente concluyentes y algunos meta análisis cuestionan los resultados debido a problemas metodológicos. A pesar de ello, numerosos trabajos reportan problemas de salud mental que se han vinculado a la percepción de falta de control en las condiciones de trabajo, presión de tiempo y pacientes demandantes. En relación al suicidio, la mayoría de los trabajos muestran mayor riesgo en los médicos más jóvenes y las mujeres (20), sin embargo un metanálisis del 2004 (36) concluye que, examinados colectivamente, los médicos muestran tasas de suicidio moderadamente más elevadas para los hombres y muy elevadas para las mujeres, requiriéndose mayores estudios para definir si este predominio femenino es real o puede deberse a sesgos de publicación. En nuestro país, no tenemos datos fidedignos y a pesar de alto número de suicidios (Uruguay es el país de América del Sur con la tasa más elevada de suicidio y es el segundo de América Latina después de Cuba, con una tasa de 21,7 por 100.000 habitantes) (6; 28) existe sub-registro por ocultamiento de la causa real de muerte en los certificados de defunción, debido al estigma asociado, lo que es particularmente significativo en el caso de los médicos. Datos uruguayos muestran una disminución de la expectativa de vida al nacer (EVN) en los médicos con respecto a sus pares generacionales. "Comparada con la EVN, los médicos en Uruguay, y en particular *las médicas*, mueren en su mayoría, a una edad significativamente menor que la EVN de la población general" (46), lo que podría relacionarse con el mayor malestar emocional y peor percepción de salud física que aparece en las mujeres y en los médicos menores de 45 años en nuestro estudio.

Las variables laborales asociadas a agotamiento emocional que explican el 50% de la varianza hablan de la multifactorialidad del fenómeno, en que influyen tanto aspectos organizacionales del trabajo (presión del entorno laboral, número de horas de trabajo, ausencia de satisfacción profesional), las formas de ejercicio de la profesión que afectan en mayor medida a los médicos más jóvenes, así como características personales que revelan modos evitativos de afrontamiento al estrés (sobrepeso, sedentarismo, ausencia de actividades de tiempo libre por agotamiento). Por otra parte, aunque el presente estudio no relevó específicamente soporte social, se puede hipotetizar que la importancia de facto-

res como la irritabilidad fuera del trabajo por problemas laborales y la ausencia de disfrute en actividades recreativas sumado a las horas de ausencia por trabajo influyen negativamente sobre las relaciones familiares. En este aspecto los datos sobre separaciones de los médicos en relación a la población general no son concluyentes, pero sí se ha cuestionado la calidad de los matrimonios de los médicos (15).

La satisfacción del médico con su práctica profesional también ha sido estudiada, examinando específicamente su bienestar físico y emocional. En esta línea, se ha investigado el estado de salud física y mental, el nivel de estrés, presencia de *burnout* y fatiga de compasión entre los médicos (32; 16; 34). Nuestro estudio confirma la presencia de *burnout* en porcentajes no despreciables (7% de la población), pero fundamentalmente muestra los elevados niveles de agotamiento emocional y distanciamiento relacional, así como su impacto en la calidad de vida. Por otra parte los datos de la EMC nos muestran que el 50% de los médicos no saben qué responder cuando se les pregunta acerca de las fuentes de satisfacción en su profesión. Dentro del 50% restante que sí identifica algunas fuentes de satisfacción, el primer lugar es ocupado por la relación con el paciente. Estos resultados estarían en consonancia con estudios que señalan que más allá del estrés relacionado con el trato con pacientes, son las variables organizacionales del trabajo las que afectan en mayor medida la satisfacción profesional (9). Un reciente meta-análisis acerca de la relación entre satisfacción laboral y salud sugiere que la satisfacción laboral es un factor importante como determinante de la salud (10) (Las correlaciones más altas se encontraron para problemas de salud mental - *burnout* R: 0.48, depresión R: 0.43 y ansiedad R: 0.42- mientras que las correlaciones con la percepción de salud física fueron algo menores, R:0.29) señalándose la necesidad de medidas preventivas para mejorar la satisfacción laboral. Mientras Williams *et al* (52) concluyen que "Las condiciones de trabajo son el mayor determinante del bienestar o malestar en el trabajo", otros autores han señalado que el "malestar en la cultura" que se aprecia en los médicos, no se explica únicamente por factores de sobrecarga laboral o compensación económica y hacen énfasis en el quiebre del contrato implícito entre los médicos y la sociedad, tal como se señala en la introducción del presente trabajo (24). En este sentido se establece la necesidad de renegociar un nuevo contrato, esta vez explícito entre los médicos y la sociedad, que asegure a los médicos una relación más favorable entre lo que se espera de ellos y lo que reciben a cambio, a la vez que reconozca los derechos de los pacientes a las decisiones informadas respecto a su salud y a una atención de calidad basada en la mejor evidencia disponible, en el marco de una relación interpersonal empática y de confianza mutua. Se hace necesario también dejar de lado el paradigma del "mercado" según el cual la medicina es una mercancía que se compra y vende y hay que garantizar resultados. El médico debe comprometer su experiencia y su compromiso con el bien del paciente, llegando a una negociación de expectativas mutuas razonables (la juventud, la belleza eterna, la inmortalidad, no lo son).

Por otra parte, hay consenso en que una buena práctica implica también el bienestar biopsicosocial de los médicos. Mientras que en otros grupos de trabajadores de riesgo, por la crítica responsabilidad en la salvaguarda de la vida humana, como los pilotos,(39; 24) existen medidas de protección (trabajo en equipo, programa especiales de desarrollo profesional, fijación de límite de horas de vuelo así como la provisión de lugares de descanso de alta calidad y la supervisión del desempeño) no existen medidas similares, desde las instituciones, destinadas a la población médica, a pesar de que se sabe que los efectos a largo plazo de la privación de sueño, entre otros factores, pueden afectar el estado de ánimo y el bienestar así como disminuir la eficacia en el desempeño y aumentar la propensión a accidentes (19).

Mientras las instituciones dejan la responsabilidad a los propios médicos por el cuidado de su salud, no existe entre éstos una conciencia de la necesidad del autocuidado, como se muestra en nuestro país a través de indicadores como exámenes preventivos, hábitos de vida saludables, etc. (41). El panorama nacional es coincidente con trabajos que reportan que los médicos se toman pocos días libres por enfermedad y hacen escaso uso de los servicios de salud. La automedicación es la forma más habitual de tratamiento, incluso para los trastornos mentales. (47)

La Dra. Y. Bepali (3) realizó un estudio respecto a las actitudes de los psiquiatras ante los colegas con problemas de salud mental. Según este estudio no existen, en nuestros psiquiatras, pautas claras de cómo actuar ante un colega enfermo al percibir trastornos que puedan estar afectando su imagen, desempeño profesional y bienestar, fuera del ámbito de la consulta expresa.

Los problemas de la atención de salud de los médicos fueron objeto de discusión en los talleres de EMC. Los interesados se quejan de la dificultad para lograr ámbitos de atención en salud mental que aseguren la confiabilidad y eviten el "estigma" y posible impacto sobre su carrera profesional, de modo especial en el interior del país. Los médicos tienen también dificultades para obtener una atención de su salud general precoz y de alta calidad. Influyen en esto las creencias y comportamientos del colectivo. Las consultas se hacen habitualmente fuera de los contextos adecuados ("consultas de pasillo") y se selecciona a los profesionales por el grado de amistad, ejerciendo una gran presión sobre el "elegido" quien, por su parte, podría poner en acción mecanismos de negación y minimización, por las identificaciones que se activan, lo que puede derivar en diagnósticos tardíos y conductas inadecuadas. Esto implica que los aspectos vinculados al cuidado y autocuidado médico deberían ser parte de la formación curricular en las Escuelas de Medicina.

En los talleres se enfatizó la necesidad de disponer de "médicos para médicos", planteo que también ha surgido en otros países y que el Instituto Nacional de Salud en Inglaterra (30; 31) ha comenzado a implementar, aunque aun con resultados magros, lo que seguramente se relaciona con el citado aspecto de la dificultad de autocuidado y la omnipotencia, que deberían abordarse en las etapas formativas de la carrera.

Sin embargo, es preciso mirar también "el lado lleno del vaso". A pesar de que las condiciones de trabajo se

perciben deterioradas, muchos médicos buscan, frente a estos desafíos, maneras de mantener en alto los ideales que los llevaron a la medicina, conservando un balance con otros intereses y valores. Esta búsqueda por el equilibrio es un desafío que dura toda la vida. (44) En el año 2001, el *Western Journal of Medicine* (14) dedicó un número especial al estudio y análisis, no ya del descontento, sino del bienestar de los médicos. El editorial de ese número especial, plantea que “el bienestar de los médicos surge, en parte, de los valores personales que desarrollamos y cultivamos, como también de las opciones que tomamos en nuestros intentos de honrar tales valores”. Así, el bienestar pasa por una reevaluación de nuestra relación con el dinero (33; 7) y por el establecimiento de relaciones íntimas satisfactorias. En nuestra muestra, aquellos colegas que seguían percibiendo el trabajo como fuente de satisfacción, que tenían una actitud positiva hacia el mismo y empatía hacia sus pacientes exhibían niveles de bienestar emocional significativamente más altos que sus pares no satisfechos.

Conclusiones y recomendaciones

El presente trabajo muestra el impacto sobre la calidad de vida, en especial en el dominio psicológico pero también en la percepción del bienestar físico de las condiciones laborales de un grupo de médicos en Uruguay. Los resultados están en consonancia con otros estudios internacionales que refieren al malestar o infelicidad entre los médicos. Debemos señalar las limitaciones de nuestro estudio al tratarse de un corte transversal en una muestra no representativa de médicos que voluntariamente participaron en actividades de Educación Médica Continua. Sin embargo, la existencia de niveles intermedios y altos de agotamiento emocional en la Encuesta Médica Nacional así como la confirmación de la presencia de los mismos factores interferentes, dan mayor validez a los resultados a la vez que señalan la importancia de tener datos prospectivos, incluyendo estas variables en las futuras encuestas nacionales.

Se concluye además que los niveles de malestar existentes son suficientemente altos para que las organizaciones y los propios individuos involucrados tomen parte activa en la búsqueda de medidas preventivas y de tratamiento adecuadas. Junto a la necesidad de crear las condiciones adecuadas para brindar a los colegas una atención de alta calidad, que garantice la privacidad y la confidencialidad, para revertir algunos problemas preocupantes, como la menor expectativa de vida de los médicos, los problemas emocionales (agotamiento, frustración, problemas en las relaciones interpersonales, depresión) y físicos (obesidad, síndrome metabólico, hipertensión) vinculados a la insatisfacción y deterioro de la práctica, se deberían encarar acciones preventivas, que deberían situarse a distintos niveles.

A nivel de la sociedad toda, en la conformación de un nuevo contrato, explícito, entre las expectativas de los ciudadanos y sus médicos.

A nivel de las instituciones educativas, incluyendo en la formación aspectos de protección tales como el aprendizaje de habilidades y destrezas comunicacionales, la capacidad de trabajar en equipo y la importancia del autoconocimiento y del autocuidado responsable, como bases de una práctica satisfactoria.

A nivel de la instituciones sanitaria, la aplicación de normas organizacionales que permitan una distribución horaria razonable, que contemple el trabajo en el espacio total de la vida del individuo, una compensación justa, condiciones de trabajo seguras y saludables, oportunidades para usar y desarrollar capacidades, oportunidad de crecimiento y empleo seguro, estimular el involucramiento con la institución, para que los médicos se sientan parte y tratados en forma justa, con una política adecuada de reconocimientos tanto económicos como morales. (49)

Pero también implica un compromiso individual de “cuidarse para cuidar”, establecer un balance adecuado entre vida personal y laboral, revisar nuestras metas y sentidos en la vida, para saber hacia dónde vamos. Reconocer la importancia de una práctica profesional basada en el trabajo en equipo, el aprendizaje permanente, el autoconocimiento y el autocuidado y las gratificaciones que brinda el ejercicio de una práctica reflexiva, comprometida con el paciente, en un entorno comunicacional adecuado y con objetivos realistas. Citando a McLeod (26) “El cambio requiere autopercepción y reconocimiento de los beneficios y riesgos explícitos e implícitos en nuestros patrones habituales de trabajo. Es necesario re-examinar nuestras prioridades en la vida, poner límites al trabajo, aceptar la vulnerabilidad, compartir nuestras emociones y apreciar las pequeñas cosas que le dan sentido a la vida”.

Agradecimientos

Deseo agradecer especialmente a las integrantes del grupo de Calidad de Vida y Burnout del Departamento de Psicología Médica: Dras. Adriana Suárez, María Otero, Sara Goldstein y Alejandra Levy, por su trabajo en los talleres, la recolección de los datos y la colaboración en la búsqueda bibliográfica para el presente trabajo.

Conflictos de interés

La presente investigación no recibió financiación especial habiendo sido desarrollada en el marco de nuestras tareas de investigación como docente de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, no existiendo ningún tipo de conflictos de interés. ■

Referencias bibliográficas

1. Barrán JP. Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos-2. La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1993
2. Barran JP. Cuerpo y Muerte: Obsesiones de Nuestra Cultura. Conferencia en XXXV Congreso Nacional de Medicina Interna, 17 de noviembre 2006. DVD Anales del Congreso (en prensa).
3. Bepali Y. La caridad empieza por casa. Presentado en Jornadas de investigación de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de medicina de la universidad de la República Oriental del Uruguay, octubre 2003
4. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford J, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*, Volume 364, Issue 9449, 2004: 1984-1990
5. Chew M, Williams A. Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction: is the satisfied GP an oxymoron? *Med J Aust* 2001;175:85-6.
6. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: la situación epidemiológica actual. *Rev Med Uruguay* 2001; 17(1):24-32.
7. Dunn P, Rossion G. How much is too much? *West J Med.* 2001 January; 174(1): 10-11.
8. Edwards N, Kornack MJ, Silversin J. The problem of unhappy doctors: what are the causes and what can we do? London: NHS Confederation, 2002. www.nhsconfed.org
9. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005 Work-related stress. Disponible en website: www.eurofound.eu.int
10. Faragher EB, Cass M, Cooper C. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 2005; 62:105-112.
11. Felton J. Burnout as a clinical entity —its importance in health care workers. *Occup. Med.* Vol. 48, No. 4, pp. 237-250, 1998
12. Firth-Cozens J. Predicting stress in general practitioners: 10 year follow up postal survey. *BMJ* 1997;315:34-5.
13. Firth-Cozens J. New stressors, new remedies. *Occup Med (Lond)* 2000; 50:199-201.
14. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians", *Western Journal of Medicine*, 2001: Vol. 174 (1)
15. Gabbard G, Menninger R. The psychological postponement in the medical marriage. *JAMA* 1989, 261: 2378-2381
16. Gautam M, ed. Depression and Anxiety. The handbook of physician health: essential guide to understanding the health care needs of physicians. Goldman LS, Myers M, Dickstein LJ, eds. American Medical Association, Chicago, Ill, 2000.
17. Guyatt, G.H.; Feeny, D.H.; Patrick, D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine* 1993, vol. 118 (8): 622-629.
18. Hampton JR. The end of clinical freedom. *BMJ* 1983; 287:1237-8
19. Harrison J. Illness in doctors and dentists and their fitness for work—are the cobbler's children getting their shoes at last? *Occupational Medicine* 2006; 56:75-76
20. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:296-300 (May)
21. Irvine D. Patients and doctors: all change? Newcastle upon Tyne: University of Northumbria, 2001.
22. Kassirer JP. Doctor's discontent. *N Engl J Med* 1998, 339:1543-5.
23. Levi L. Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. En: Coping with stress and depression related problems in Europe. Final Report European Union Presidency, Brussels, 25-27/10/2001: 17-20.
24. MacDonald E. One pilot son, one medical son. *BMJ* 2002;324:1105.
25. Maslach C, Jackson SE. *MBI Maslach Burnout Inventory: Manual Research Edition*. University of California, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1986
26. McLeod ME. The caring physician: a journey in self-exploration and self-care. *Am J Gastroenterol.* 2003 Oct; 98(10):2135-8.
27. Mingote Adán. Síndrome "burnout". Síndrome de desgaste profesional. *Monografías de Psiquiatría*, vol. IX, N° 5, 1997; 1-39
28. Montalbán A. El suicidio: la urgencia de un grave problema. *Rev Med Uruguay* 2004; 20: 91
29. Murray A, Montgomery JE, Chang H, Rogers WH, Inui T, Safran DG. Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *J Gen Intern Med* 2001;16:452-9.
30. National Clinical Assessment Service. BACK ON TRACK. Restoring Doctors and Dentists to Safe Professional Practice. Consultation and Framework Document, London: 2005.
31. Oxley J. Services for sick doctors in the UK. *Med J Aust*, 2004;181:388-389
32. Reinhart T, Chavez E, Jackson M, Mathews WC. Survey of physician well-being and health behaviors at an academic medical center. *Med Educ Online* [serial online] 2005;10:6. Available from <http://www.med-ed-online.org>
33. Robin V. Changing your relationship to money can boost your well-being. *West J Med.* 2001 January; 174(1): 12
34. Sabin-Farrell, R, Turpin G. Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review* 2003, 23: 449-480
35. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): The importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research* 2001, 10, Number 8 / September
36. Schenhammer E. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis) *Am J Psychiatry* 2004; 161:2295-2302)
37. Schwartzmann, L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* IX (2): 9-21, 2003
38. Schwartzmann L. Estrés, burnout, depresión. ¿Estamos hablando de lo mismo? *Ciencia & Trabajo*, año 6, número 14, octubre/diciembre 2004. Disponible en www.cienciaytrabajo.cl
39. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000; 320:745-9.
40. Shirom A. Reflections on the study of burnout. *Work & Stress.* Taylor & Francis Publ. Volume 19, Number 3 / July-September 2005 , 263 - 270
41. Sindicato Médico del Uruguay y Federación Médica del Interior. Encuesta Médica Nacional 2004. Disponible en www.smu.org.uy
42. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001; 322:1073-4.
43. Suárez A, Dapuerto JJ, Schwartzmann L. Evaluation of WHO Quality of Life Questionnaires. In The Uruguayan Elderly Population. Lisbon, 13th. Annual Meeting of ISOQOL, 2006
44. Suchman AL, Ramamurthy G. Physician Well being. In: *Behavioral medicine in primary care*. Feldman MD, Christensen JF eds, New York: Appleton In: Feldman MD, Christensen JF, eds. New York: Appleton & Lange; 1997
45. Szabo, S. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument. *Quality of Life and Pharmaco-economics in Clinical Trials*. Spilker, B. (III): 36 (355-362) New York, Lippincott-Raven. (1996).
46. Turnes A., Ciriacos C, Rodriguez H. Mortalidad de los médicos en Uruguay (primera parte) 1974 - 2002. Características demográficas. *Rev Med Uruguay* 2003; 19: 216-224
47. Tyssen R, Vaglum P. Mental Health Problems among Young Doctors: An Updated Review of Prospective Studies. *Harvard Review of Psychiatry* 2002, Vol.10, N 3/May: 154-165, Taylor & Francis
48. Wall TD, Bolden RI, Borril CS, et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Br J Psychiatry* 1997; 171:519-23
49. Walton RE. Criteria for Quality of Working Life. En Davis L. & Cherns A (eds) *The Quality of Working Life Vol.1*. Free Press. New York, 1975, 91-104.

Enfermedad crónica y calidad de vida

Cristina Pecci

Doctora en Psicología. Socióloga. Sub-Jefe de la División de Atención Primaria del Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: mcpecci@fibertel.com.ar

El desarrollo de bases conceptuales y métodos para evaluar e interpretar los fenómenos relacionados con la salud, a nivel individual o poblacional, sigue promoviendo activo interés, continuos esfuerzos de investigación y creativas búsquedas de consenso.

La tendencia a interpretar la salud desde una visión abarcadora es cada vez más notable. En primer lugar, ha quedado bien establecido el reconocimiento de que las condiciones y requisitos para la salud exceden al sector sanitario -la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, un ecosistema estable, justicia social y equidad (6,13). En segundo lugar, que la salud es un recurso para la vida, por lo tanto acceder a un adecuado estado de bienestar físico, mental y social es un derecho humano fundamental. En tercer lugar, la salud tiene múltiples dimensiones y determinantes. Uno de ellos tiene que ver con el

estado físico y el componente genético; otros se relacionan a la conducta, al desarrollo de capacidades para satisfacer necesidades, a la realización de aspiraciones y la adaptación a los cambios y al medioambiente (29, 6, 13). La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) (41) integra las perspectivas mencionadas.

La equidad en salud es otro de los temas de la agenda actual. Se entiende por ella la ausencia de diferencias sistemáticas, potencialmente remediadas, en uno o más aspectos de la salud, entre grupos de personas caracterizados socialmente, geográficamente o demográficamente (28). La falta de equidad en salud es un tema central en las políticas públicas (17). Los servicios de salud pueden contribuir a su disminución. En tanto, es importante estudiar de manera más concertada la interacción de características ambientales, culturales, sociales, polí-

Resumen

Las enfermedades crónicas pueden asociarse a limitaciones funcionales, en distintas áreas, así como la depresión y ansiedad. Las medidas de CVRS pueden contribuir a identificar problemas funcionales no detectados en la evaluación clínica y dar elementos para comparar la situación diferencial de distintos grupos. Los objetivos de este trabajo son: estudiar la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad crónica e investigar su asociación con mejor o peor CVRS en distintas dimensiones. Materiales y métodos: se empleó un diseño transversal. Se seleccionaron muestras consecutivas de pacientes con dolor crónico, enfermedad de Parkinson y de Salud Mental. Se recabaron datos sociodemográficos y se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36 y el HADS para evaluar estados de ansiedad/depresión. Se aplicó estadística descriptiva y prueba de chi cuadrado. Resultados: Fueron incluidos 630 pacientes. Con probable depresión fueron clasificados el 25% de los pacientes con dolor, el 15% con enfermedad de Parkinson y 31% de Salud Mental. En los tres grupos de pacientes la depresión se asoció significativamente a las dimensiones de función física y rol emocional de SF-36. La ansiedad se asoció a la mayoría de las dimensiones del SF-36 en el grupo de Salud Mental y de Parkinson pero no en el grupo de Dolor. Conclusiones: los resultados muestran la complejidad del fenómeno de la salud y la importancia de contar con medidas de CVRS y con normas poblacionales para poder comparar distintos perfiles de salud para dar apoyo a la clínica o a la práctica de los servicios de salud.

Palabras clave: Calidad de vida relacionadas con la salud (CVRS) - Enfermedades crónicas - Depresión - Ansiedad - Servicios de salud - Cuestionario, SF-36

CHRONIC DISEASE AND QUALITY OF LIFE

Summary

Chronic diseases could produce functional limitations in different domains as well as depression and anxiety. Health related quality of life (HRQL) measures could help to identify functional problems not detected by clinical evaluations. Those measures could also help to better understand different group conditions and situations. Main objectives of this paper are: to study the presence of depressive and anxiety status in out-patients with chronic diseases and to investigate its association with a better or worse HRQL in different domains. Materials and methods: this is a prevalence design study. Patients were recruited from an university Hospital. Consecutive samples were collected from three medical specialties: Chronic pain, Parkinson's disease and Mental Health. Social and demographic data were collected. The SF-36 was administered for the HRQL evaluation and the Hospital Anxiety and Depression (HADS) for screening anxiety and depression states. Descriptive statistics and the chi square test were used for data analysis. Results: 630 out-patients were included. 25% of patients with chronic pain, 15% of patients with Parkinson disease and 31% with a mental health condition were classified with a probably depression. In the three groups of patients depression was found to be associated with physical function and emotional role, from the SF-36's dimensions. In the mental health and in Parkinson's disease out-patients' groups, anxiety was associated to the majority of SF-36's dimensions. Conclusions: results showed the complexity of the health phenomena and the relevance that HRQL measures and population norms have for comparing different health profiles for giving support either to clinicians or to health services practices.

Key words: Health related quality of life (HRQL) - Chronic diseases - Depression - Anxiety - Health services - SF-36.

ticas y económicas, que influyen en la distribución de la salud (28).

Para cuidar la salud y promover el bienestar, las competencias profesionales tienen que enfocarse en la salud general de las personas y de las comunidades: la atención médica efectiva no se limita al tratamiento de la enfermedad sino a la mejora global de la función y a la calidad de vida de la persona, de acuerdo al entorno en que vive (29).

El estudio de estos aspectos implica la medición de lo observado. De allí la importancia de los indicadores que describen el perfil de salud para identificar factores asociados a riesgos o a oportunidades, mostrar características de la vulnerabilidad o de las fortalezas en un contexto socio-histórico-cultural y temporal determinado. A nivel comunitario, estas mediciones son necesarias para poder establecer los objetivos de los servicios sanitarios y evaluar sus logros (1). De allí que su aplicación sea una alternativa de gran valor para quienes tienen la responsabilidad del cuidado o administración de los recursos para la salud de otros. Para promover y alcanzar la plena salud potencial, el acceso a información confiable y válida es un requisito. La salud es "... el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar un buen estado de salud" (6).

Calidad de vida y salud

El estado de salud, el estado funcional y la calidad de vida son tres conceptos que con frecuencia se usan para referirse al dominio de "salud". Éste abarca desde aspectos evaluados negativamente, incluyendo la muerte, hasta los más positivos como el desempeño de funciones y roles o el bienestar (11). Cuando una persona está doliente o enferma, casi todos los aspectos de la vida pueden volverse relacionados con su salud (11).

Amartya Sen, Premio Nobel de Economía, sostiene que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr funcionamientos valiosos (20). Destaca, su relación con el concepto de libertad. Dice que en el conjunto de capacidades de la persona está contenida la libertad de llevar diferentes tipos de vida y que la calidad de vida no es sólo un cuestión de logro sino también de opciones entre las que la persona tuvo la oportunidad de elegir (21). Por lo tanto, refleja ventajas o desventajas previas. Para Sen "... la evaluación de la libertad para llevar una vida y la valoración de la vida que se lleva (incluida la libertad de elección) tienen que hacerse simultáneamente..." (22). Sen alude al significado de la "libertad" tanto como poder actuar y elegir sin coacción –sentido positivo– como para indicar la ausencia de restricciones o libertades particulares –sentido negativo. Éste último implica la ausencia de algo perjudicial para la persona (23). Los diferentes funcionamientos de la persona conforman los elementos constitutivos de su bienestar. Por lo tanto, la evaluación del bienestar debe tomar en cuenta la forma de valorar estos funcionamientos aunque las personas pueden diferir mucho en cuanto a la valoración que hagan de ellos y de las ventajas individuales y sociales que repre-

sentan (24). La salud es un componente del bienestar. La presencia de una enfermedad, trastorno o condición que afecta el estado de salud implica restricciones no sólo en cuanto al funcionamiento y habilidades, sino también de la libertad para elegir alternativas. No obstante, Sen reafirma que la libertad tiene muchos aspectos y que no son logros de elecciones hechas solamente por uno mismo (25): "La habilidad de una persona para lograr varios funcionamientos valiosos puede ser reforzada por las acciones y la política pública y, por esta razón, tales expansiones de la capacidad no carecen de importancia para la libertad". Es decir, remarca la importancia de los factores del ambiente político-social, en la creación y desarrollo de opciones para la salud.

Además de la de la OMS, una de las definiciones de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) más citadas es la de Patrick y Erickson. De acuerdo a J. Alonso, fueron ellos quienes formalizaron la diferenciación de conceptos entre calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud, estado de salud y estado funcional. La definición de Patrick y Erickson, citada por Alonso, considera a la CVRS como "el valor asignado por individuos, grupos de individuos o la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por la enfermedad, las lesiones, el tratamiento (médico) o la política (sanitaria)" (1). Destaca Alonso que el estado de salud y la capacidad funcional, que pueden referirse tanto a la función social, psicológica o física, son sólo dos elementos de la CVRS junto con la duración de la vida, los síntomas o lesiones y la oportunidad de salud. Define a ésta, citando a Patrick y Erickson, como la posibilidad de alcanzar un estado de salud óptimo o de "llegar a estar todo lo bien que uno puede". Las desventajas sociales o culturales pueden limitar las oportunidades de salud (1). Los servicios de salud, dedicados al cuidado, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, pueden ser parte de las oportunidades, o de su ausencia.

Enfermedades crónicas y CVRS

Las enfermedades crónicas afectan no solamente la salud física sino el estado psicológico, la capacidad para actuar de manera independiente, las habilidades para realizar tareas habituales para desempeñarse laboral y socialmente y para emprender relaciones con otros aspectos significativos del entorno. Estas enfermedades, además de permanentes, pueden asociarse a limitaciones funcionales en distintas dimensiones. Por eso, con frecuencia los tratamientos se orientan al logro de mejoras en el bienestar global (16). Sin embargo, la atención de la salud está organizada alrededor de un modelo para enfrentar casos agudos y episódicos y esto ha producido una desigualdad entre la prevalencia de los problemas crónicos y un modelo de atención (18) que no responde a las necesidades que éstos plantean (apoyo a la largo plazo para los pacientes, adiestramiento para participar en la administración de los tratamientos, supervisión, generación de apoyo social que alcance también a los familiares, entre otros).

Calidad de vida se refiere a la percepción subjetiva de aspectos importantes de la vida de una persona; tiene que ver con el significado que la gente le atribuye y, en ese sentido, es una construcción social (27). Los instrumentos de medida de CVRS recogen la valoración subjetiva del individuo respecto de su estado de salud y su bienestar general y la influencia de éstos sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades consideradas importantes por el propio individuo (11). Incluye, asimismo, la comprensión de las dimensiones en las que la enfermedad, o el tratamiento, modifican la vida de las personas y sus proyectos de futuro. La medición de CVRS es importante para considerar el impacto de las enfermedades crónicas (11).

Desarrollo de las medidas de salud

Hay variadas razones que justifican el uso de medidas de calidad de vida en la práctica clínica pero una de las principales es para asegurar que los planes de tratamiento y sus evaluaciones estén centrados en el paciente antes que en la enfermedad (14).

En los últimos 30 años la medición del estado de salud y la calidad de vida se ha desarrollado como una disciplina formal con su estructura teórica, sus métodos y aplicaciones, y se ha caracterizado por una amplia proliferación de instrumentos (19). Estos proporcionan una serie de puntuaciones, a los que también se denomina "perfil" (2), y tienen que tener capacidad para discriminar entre personas que tienen una mejor o peor CVRS. Otra meta es que puedan evaluar cuánto ha cambiado la CVRS. Su construcción para uno u otro propósito es diferente (11). Estas finalidades se relacionan con los principales usos que se le da a esta metodología en la investigación clínica: para la descripción de grupos de pacientes, y para la evaluación de la efectividad de las intervenciones sanitarias y beneficios relativos de distintos tratamientos. También se utilizan para monitorear la salud de una población y para evaluar los servicios de salud (2). La medida de CVRS tiene un sentido subjetivo: el grado de cambio para dos personas puede ser el mismo pero los efectos comparables pueden tener diferencias significativas (10). Las habilidades para enfrentar limitaciones o dificultades en el funcionamiento pueden, a su vez, transformar la percepción subjetiva, y por eso dos personas con el mismo estado de salud pueden tener diferentes CVRS (30).

Las principales características metodológicas que tienen que tener estos instrumentos son la validez (de contenido, de constructo y de criterio, evaluada tanto de manera transversal como longitudinal); la confiabilidad (consistencia interna); la sensibilidad a los cambios y la interpretabilidad (1, 2). Otros aspectos importantes a considerar son la carga administrativa y para quien responde, y las traducciones y adaptaciones culturales de escalas generadas en otras sociedades (19). Por último, los instrumentos de medición para la evaluación del estado de salud y la calidad de vida pueden ser: a) Genéricos, sirven para ser aplicados a diferentes condiciones, tanto a personas consideradas saludables como a otros que tienen problemas de salud. Se aplican tam-

bién, con propósitos comparativos para evaluar el bienestar y estado funcional en grupos con distintas condiciones crónicas. b) Específicos, es decir, han sido diseñados para una enfermedad o condición determinada.

Los perfiles de salud son instrumentos que intentan medir todos los aspectos importantes de la CVRS (11, 1). Uno de los genéricos de más amplia aceptación y aplicación es el Cuestionario de Salud SF-36 que será brevemente presentado a continuación ya que ha sido utilizado en el trabajo que aquí se presenta. Las medidas genéricas de salud, como lo es el SF-36, no están diseñadas para sustituir a las medidas de resultados clínicos tradicionales sino para su aplicación paralela, con propósitos comparativos. Evalúan resultados relacionados a la CVRS, es decir, aquellos más directamente afectados por la enfermedad y el tratamiento (36).

Cuestionario SF-36 Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form (SF-36)

El Cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado a comienzos de la década de 1990 en los Estados Unidos para su uso en el "Estudio de los Resultados Médicos" (Medical Outcomes Study, MOS) (36). Por sus propiedades psicométricas y por la multitud de estudios ya realizados, es uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS (31). Es una escala genérica, compuesta por 36 preguntas. Este cuestionario puede ser usado tanto en población general como en investigación clínica o de los servicios de salud. Sirve para comparar grupos diferentes, para estimar el peso relativo de la carga de diferentes enfermedades, para comparar beneficios logrados a través de distintos tratamientos o para el seguimiento individual de pacientes (37).

Su utilización está pensada para personas mayores de 14 años; es autoadministrable aunque también puede ser administrado mediante un entrevistador, por teléfono o enviado por correo. La validez y confiabilidad del instrumento fue examinada en innumerables estudios (33). El SF-36 fue traducido a diversos idiomas cumpliendo procedimientos estandarizados para asegurar la equivalencia conceptual y la validez cultural del instrumento (4). Las traducciones válidas cumplen dos de los requisitos necesarios: la adecuación cultural y la posibilidad de comparar los contenidos (32). Asimismo se probó, mediante investigaciones realizadas en países con diferentes idiomas y culturas, la calidad de los datos, la equivalencia conceptual en la traducción del instrumento, la validez y la posibilidad de comparar las interpretaciones de las escalas e índices contenidos en el SF-36 como medida de componentes de la salud física y mental de poblaciones diferentes (8, 31, 32). En la actualidad ya cuenta con versiones de 12, 8 y 6 ítems.

El modelo conceptual de salud del SF.36 es multidimensional. Incluye el dominio físico y mental y múltiples manifestaciones del funcionamiento físico y del bienestar. En la versión de 36 ítems, éstos se agrupan en 8 escalas: Función física, Rol-físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Estas escalas están ordenadas de manera que a mayor puntuación, mejor es el estado de salud. Para el

cálculo de las puntuaciones se siguen tres pasos (37, 31): 1) Uniformar la dirección de las respuestas para que "a mayor puntuación, mejor estado de salud", proceso para el cual hay que recodificar algunos ítems. 2) Obtención de la puntuación cruda mediante la suma algebraica de todos los ítems de la escala. 3) Obtención de la escala transformada: estas puntuaciones crudas se transforman en una escala entre 0 y 100 que traducen sus máximos y mínimos al peor y mejor estado de salud. Estas escalas se resumen en dos medidas índices: el componente sumario de salud física (PCS) y el componente sumario de salud mental (MCS). El uso de estos instrumentos tiene gran potencial y su desarrollo sigue evolucionando con la aplicación del modelo de respuesta al ítem y la integración de sistemas computarizados de evaluación de la salud (35).

Diferentes trabajos sugieren que el uso de las medidas de CVRS puede contribuir a identificar problemas funcionales y emocionales no identificados en la evaluación clínica convencional; es decir, podrían tener utilidad en la valoración diagnóstica (2). De acuerdo a la OMS, la depresión es uno de los problemas de salud más prevalentes y se asocia a una disminución de la calidad de vida. Se estima que en el año 2020 la depresión sobrepasará a la cardiopatía en cuanto a la discapacidad que causa, y las repercusiones personales, sociales y económicas de la depresión serán sustanciales (18). Por otro lado, es frecuente que en los padecimientos crónicos se manifiesten trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad a veces subdiagnosticados. Como resultado de este proceso se puede deteriorar más el funcionamiento social, el funcionamiento físico, socio-laboral, el autocuidado, la percepción del dolor corporal y de la salud general.

Los objetivos de este trabajo son: 1. Examinar la probable presencia de depresión y ansiedad en pacientes ambulatorios con trastornos crónicos; 2. Investigar la asociación de depresión y/o ansiedad con un mejor o peor CVRS; 3. Identificar cuáles dimensiones de CVRS se asociaron de manera más frecuente con la depresión o la ansiedad.

Material y métodos

La investigación empleó un diseño de tipo transversal. El protocolo del estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y por el Comité de Ética del Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, el Hospital de Clínicas, donde se realizó la investigación. Por el interés especial en pacientes con trastornos crónicos, y por criterios de factibilidad, fueron seleccionadas las siguientes especialidades médicas: el Programa de Tratamiento del Dolor crónico, el Programa de Enfermedad de Parkinson y el Departamento de Salud Mental. En cada uno de ellos se seleccionó una muestra consecutiva de pacientes. El criterio de inclusión, además de la voluntad manifiesta de participar, fue estar recibiendo asistencia, como paciente ambulatorio, en alguna de las tres especialidades médicas mencionadas. Fueron excluidos pacientes que por su condición social o por el trastorno no estaban en condiciones de comprender la naturaleza del estudio ni de dar su consentimiento

informado. El trabajo de campo se extendió desde enero de 2005 hasta marzo de 2006.

Recolección de datos: se recabaron datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, nivel de educación y ocupación,). Para evaluar la CVRS se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36 en su versión validada para Argentina y autorizado por QualityMetric.. Para el procesamiento de los datos de SF-36 se utilizó el programa provisto por QualityMetric. Para evaluar la probable presencia de depresión y ansiedad, se aplicó una versión en castellano, de uso habitual en Argentina, del Cuestionario denominado Hospital and Anxiety Depression (HADS) (43). Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa EPI Info 06 para Windows. La estadística descriptiva se usó para caracterizar el comportamiento de las variables. Se aplicó la prueba de significación chi cuadrado, para comparar proporciones y examinar asociaciones estadísticamente significativas. El nivel de significación fue de $\alpha=0.05$.

Resultados

Fueron entrevistados un total de 630 pacientes: 102 del Programa de Dolor, 208 del Programa de Parkinson y Movimientos Anormales y 320 del Departamento de Salud Mental.

En la Tabla 1 se puede apreciar la descripción de los datos sociodemográficos de cada grupo de pacientes. Predomina el sexo femenino en Dolor y Salud Mental; la media de edad de Dolor y de enfermedad de Parkinson es muy parecida (próxima a los 65 años) en cambio el grupo de Salud Mental es más joven (promedio 39 años) y más insertado laboralmente. Este grupo también tiene la proporción más alta de solteros y con mayor proporción en niveles de educación más alto.

El 40% de los pacientes del grupo de Dolor y de Salud Mental y el 64% de los pacientes con enfermedad de Parkinson obtuvieron puntajes menores a 8, de acuerdo a las respuestas dadas al HADS, puntaje por el que este método presume la ausencia depresión. Por el contrario, una cuarta parte de los pacientes del grupo de Dolor y una tercera parte de los del grupo de Salud Mental fueron clasificados con una probable depresión (Tabla 2).

Más de la tercera parte de pacientes del grupo de Dolor y más de la mitad del grupo con enfermedad de Parkinson clasificaron como probable ausencia de ansiedad. Por el contrario cerca del 60% de los pacientes de Salud Mental clasificaron con probable ansiedad, de acuerdo a las respuestas dadas al cuestionario HADS (Tabla 3).

Se realizó un análisis univariado para estudiar la presencia, o no, de asociación significativa entre la depresión y ansiedad, clasificada como posible o probable de acuerdo al HADS, y cada una de las ocho dimensiones y los dos componentes sumarios del SF-36. Este análisis se realizó para la escala de puntajes transformados.

La depresión, en el grupo de Dolor se asoció significativamente a la función física (PF) y al rol emocional (RE). En el grupo de enfermedad de Parkinson se asoció significativamente a la función física (PF), a la salud general (GH), a la función social (SF), y al rol emocional (RE). En el grupo de Salud Mental se asoció significativamente a la función física (PF), al rol físico

Tabla 1
Características sociodemográficas de los pacientes (en%)

	Dolor (n= 102)	Enfermedad de Parkinson (n=208)	Salud Mental (n= 320)
Edad promedio	65.0 (DS 14.9)	65.8 (DS 9.5)	39.0 (DS 16.3)
Sexo femenino	77.5	45.3	67.3
Estado civil:			
Soltero	12.0	6.3	53.2
Casado/conviviente	55.0	67.7	42.3
Viudo	25.0	18.3	0.5
Separado	8.0	7.7	4.0
No trabaja	77.0	71.7	52.0
Nivel de educación			
Primario	41.0	48.4	18.6
Secundario	40.0	30.3	43.4
Terciario	10.0	7.6	18.0
Universitario	9.0	13.7	20.0

Tabla 2
Distribución de los puntajes de HADS Depresión (en %)

	Puntaje del HADS Depresión		
	1-7 ausencia	8-10 posible depresión	11-21 probable depresión
Dolor (n= 102)	40.2	34.3	25.5
Enfermedad de Parkinson (n= 208)	64.4	19.7	15.9
Salud Mental (n= 320)	40.3	28.4	31.3

Tabla 3
Distribución de los puntajes de HADS Ansiedad (en %)

	Puntaje del HADS Ansiedad		
	1-7 ausencia	8-10 posible ansiedad	11-21 probable ansiedad
Dolor (n= 102)	36.3	24.5	39.2
Enfermedad de Parkinson (n= 208)	51.7	24.2	24.1
Salud Mental (n= 320)	19.4	22.8	57.8

(RP), al rol emocional (RE) y a la dimensión de Salud Mental (MH). En los tres grupos de pacientes la depresión se asoció significativamente al componente sumario físico (PCS) En el grupo de pacientes de Parkinson y de Salud Mental, la depresión se asoció significativamente al componente sumario de Salud Mental (MCP) (Tabla 4).

En cuanto a la distribución de puntajes del HADS-Ansiedad, en el grupo de Dolor, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones ni componentes sumarios, físicos y mentales, del SF-36. En el grupo de enfermedad de Parkinson la

ansiedad se asoció significativamente a la función física (PF), a la vitalidad (VT), a la función social (SF) y al rol emocional (RE) y a la salud mental (MH). En el grupo de Salud Mental la ansiedad se asoció significativamente a la función física (PF), a roles físicos (RP), a la función social (SF), al rol emocional (RE) y a la dimensión de salud mental (MH). En la enfermedad de Parkinson la ansiedad se asoció significativamente al componente físico (PCS); en el grupo de pacientes de Salud Mental, se asoció significativamente al componente sumario de Salud Mental (MCP) (Tabla 4).

Tabla 4

Depresión y Ansiedad (HADS)*; Valores de p significativos en las dimensiones del SF-36 y en los componentes sumarios para Dolor, Enfermedad de Parkinson y Salud mental. Escala de puntajes transformados.**

HADS Ansiedad /Depresión	Dimensiones del SF-36								Componentes Sumarios	
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS
Dolor										
HADS-Depresión	0.0006	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0.0004	n.s.	0.03	n.s.
E. de Parkinson										
HADS-Ansiedad	0.00007	n.s.	n.s.	n.s.	0.03	0.03	0.03	0.04	0.000006	n.s.
HADS-Depresión	0.00001	n.s.	n.s.	0.04	n.s.	0.002	0.003	n.s.	0.04	0.03
Salud Mental										
HADS-Ansiedad	0.000001	0.01	n.s.	n.s.	n.s.	0.001	0.000001	0.0003	n.s.	0.01
HADS-Depresión	0.000001	0.001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0.01	0.003	0.00006	0.00001

*Las ocho dimensiones en que se agrupan los ítems del SF-36 son: Función física (PF), Rol físico (RP), Dolor corporal (BP), Salud general (GH), Vitalidad (VT), Función social (SF), Rol emocional (RE), Salud mental (MH). Los dos Componentes sumarios son: el físico (PCS) y el mental (MCS). En la escala transformada a 100, los valores superiores a 50 indican "mejor" estado de salud.

** Agrupa las categorías correspondientes a posible y probable ansiedad o depresión. En el grupo de pacientes en tratamiento por "Dolor", de acuerdo a los puntajes del HAD, ninguna de las dimensiones del SF-36 se asoció significativamente a posible o probable ansiedad.

Consideraciones

La depresión y la ansiedad son dos trastornos prevalentes en la atención primaria (15). Los trastornos depresivos son una de las causas principales de discapacidad en el mundo entero (39) o se asocian significativamente con discapacidad actual (7). Aún cuando la depresión sea reconocida, la duración y la dosis de la terapia antidepressiva puede ser inadecuada, o puede ser inadecuada la provisión de psicoterapia (9). La depresión puede ser un fuerte determinante de discapacidad en enfermedades crónicas (26). Puede asociarse a pérdida de productividad y a declinación física (40). En un estudio, los pacientes con síntomas depresivos reportaron dos veces más deterioro funcional (5). La remisión completa de depresión es baja y es necesario investigar con modelos más completos la relación entre calidad de vida y depresión (7), de allí que se considere que es con frecuencia una enfermedad crónica (40). La Organización Mundial de la Salud sostiene que es central mejorar el manejo de la depresión en la atención primaria como estrategia de salud mental (42). En un estudio realizado a mediados de los noventa en los EE.UU. en relación con la carga de la enfermedad, se encontró que la depresión, la esqui-

zofrenia y los trastornos de ansiedad se encontraban entre las principales causas de la carga; entre las enfermedades neurodegenerativas, que también figuraban en la lista, se incluía a la enfermedad de Parkinson (17). En el mismo informe se ubica a la depresión entre las principales causas de muerte y de discapacidad.

En los países en vías de desarrollo los problemas crónicos se presentan principalmente en el nivel de la atención primaria de la salud. Es importante que ésta mejore su capacidad para controlar estas condiciones, en especial la depresión, para reducir su carga y mejorará la CVRS de las personas (18).

En la aplicación de instrumentos genéricos de CVRS, un aspecto interesante es que debido a su estructura multidimensional, es posible detectar con el mismo procedimiento, otros problemas influyentes. El SF-36 fue construido para realizar comparaciones entre grupos en ocho dimensiones, evaluar diferencias en el estado físico y mental y comprender la carga de las enfermedades crónicas y de otras condiciones médicas (36). En este trabajo, mediante el HADS, se detectaron diferentes proporciones de ansiedad y depresión en los tres grupos de pacientes. Las dimensiones de Función física (PF) y de Rol emocional (RE), del SF-36, se asociaron significativamente con la

depresión en los tres grupos -Dolor, enfermedad de Parkinson y Salud Mental- y con la ansiedad en los dos últimos. La Función física representa el grado en que la salud limita las posibilidades de realizar actividades físicas-tales como las de autocuidado, caminar, subir escaleras, llevar peso o hacer esfuerzos moderados o intensos- El Rol emocional representa el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades o disminución del rendimiento o del esmero dedicado al trabajo (3). En el grupo con enfermedad de Parkinson, la depresión también se asoció a la dimensión de Salud general (GH) y a la de Función social (SF). La primera representa la valoración personal de la salud que incluye la salud actual y las perspectivas de futuro. La Función social se refiere al grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (3). En este mismo grupo de pacientes, la ansiedad se asoció significativamente también a las dimensiones de Función social, a la Vitalidad (VT) y Salud Mental (MH). La Vitalidad representa la presencia de sentimientos de energía frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. La dimensión de Salud Mental (MH) se refiere a la salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general (3). Por último, en el grupo de pacientes de Salud Mental, la depresión también se asoció a la dimensión de Salud Mental (MH) y a la de Rol físico (RP). Éste representa el grado en que la salud física interfiere en el trabajo o actividades diarias incluyendo un menor rendimiento, o dificultad o limitación en la realización de tareas (3). La ansiedad se asoció también a Rol físico, Función social y Salud Mental.

Estos resultados muestran la complejidad del fenómeno de la salud y de qué manera cuando una enfermedad o condición médica está siendo objeto de tratamiento, hay que considerar otras perspectivas vinculadas a esa enfermedad o a su tratamiento. Entre ellas, la discapacidad o limitaciones en el funcionamiento físico o emocional que pueda estar relacionado con ellas; si produce interferencia en actividades o disminuye el rendimiento habitual; si provoca impacto en el estado de salud mental; si repercute en la vida de relación social; de qué manera influencia la percepción o autovaloración del estado actual o potencial de salud de la persona.

Una de las limitaciones de este estudio es que no se basa en una muestra al azar de pacientes ambulatorios de diferentes especialidades médicas, sino que incluye a grupos de pacientes de especialidades en las que fue más fácil realizar el estudio. Sus resultados, en consecuencia, no pueden ser generalizados.

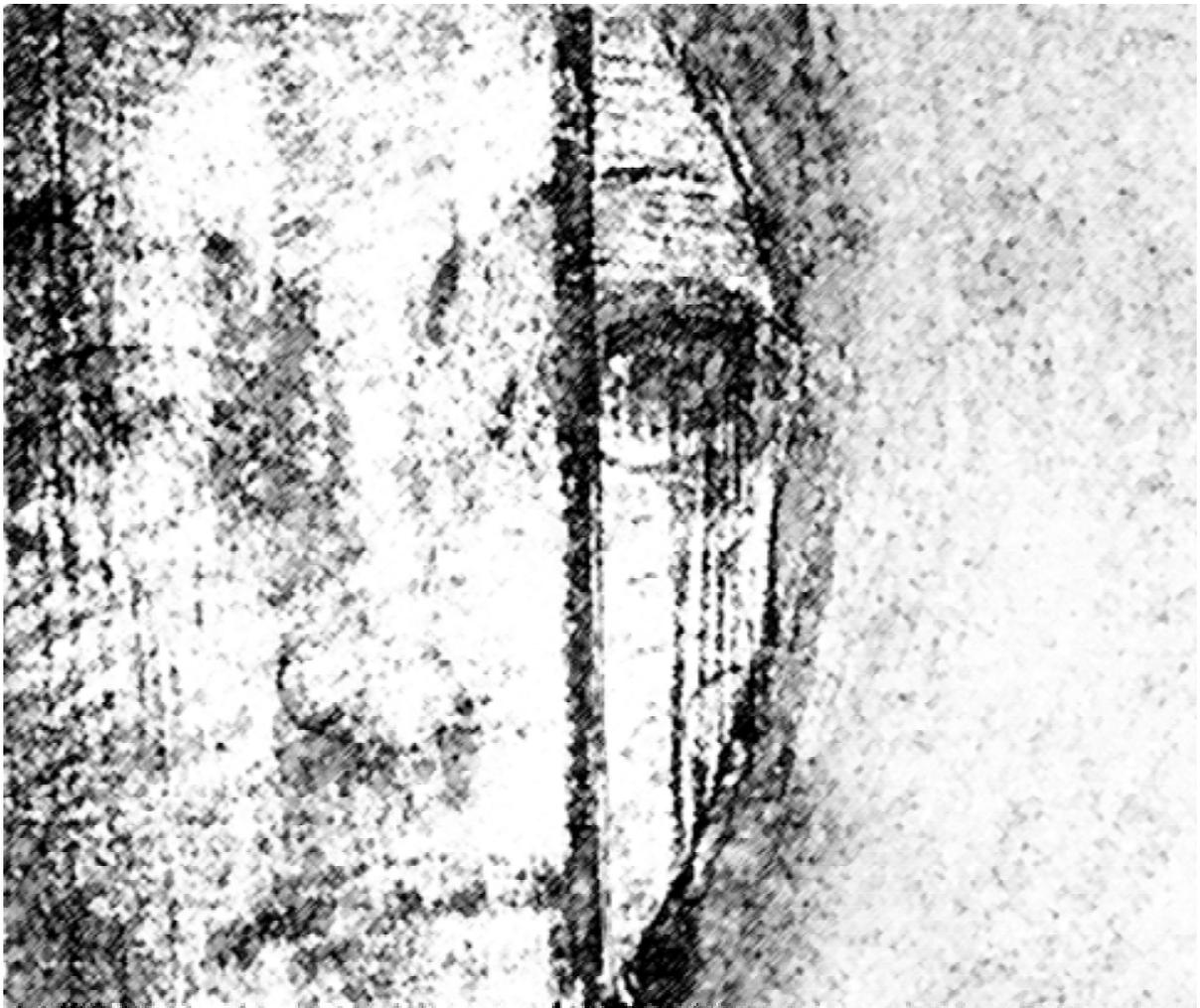
Las medidas de CVRS, tanto en la atención primaria de la salud como en los niveles de atención especializada, son útiles para evaluar el impacto de las condiciones crónicas en múltiples dimensiones. La aplicación de estos procedimientos abre camino a un

temprano reconocimiento y evaluación de la sobrecarga de la enfermedad y de su vinculación con el malestar subjetivo, la repercusión emocional y en el desempeño social. Los resultados de estas evaluaciones de CVRS pueden ser complementadas con otros elementos provenientes del juicio clínico o de la aplicación de otras medidas. Por ejemplo, hay que considerar que la utilización conjunta de instrumentos de CVRS y marcadores fisiopatológicos de enfermedad es un recurso valioso para contar con una información más completa sobre el fenómeno de salud-enfermedad que se evalúa (2). Así también hay que considerar su utilización conjunta con la evaluación de depresión y ansiedad.

Los beneficios de los servicios de salud ocurren sólo si los servicios se dan de manera apropiada; no basta con su presencia, su impacto depende de su tipo y orientación. (28). La eficacia y efectividad del cuidado médico se interpreta por el proceso y por los resultados. Las medidas de CVRS pueden colaborar a la elección de las mejores alternativas de tratamiento para pacientes individuales, facilitar su seguimiento y el desarrollo o ajuste de los lineamientos terapéuticos. Se sostiene que cuando la esperanza de vida es limitada, la CVRS puede llegar a convertirse en un objetivo primario. De manera similar, esto es válido también cuando el tratamiento no se orienta exclusivamente a la mejoría biológica sino hacia un enfoque más amplio dirigido al aumento de la capacidad de afrontamiento o de adaptación a la enfermedad tan importante en las enfermedades crónicas (2). En la práctica clínica las medidas de CVRS podrían facilitar la identificación de problemas funcionales y emocionales no detectados en la evaluación clínica convencional.

Asimismo, los estudios de CVRS pueden contribuir a la política sanitaria y alimentar el análisis económico del impacto de la enfermedad y los tratamientos (11) proveyendo información útil para la toma de decisiones. De esta manera los indicadores de salud, y los métodos genéricos de evaluación de la CVRS, a nivel clínico y poblacional, pueden contribuir en forma concreta al logro de mayor equidad y oportunidad en la distribución de los servicios de salud. Las preocupaciones sobre la equidad en salud son preocupaciones de la sociedad: cómo lograr mejorar la salud de los relativamente desaventajados a niveles logrados por los más aventajados (28). Para esto es imprescindible contar con perfiles de salud y medidas de CVRS, válidas, confiables, sensibles a los cambios y culturalmente ajustadas, que permitan conocer la norma poblacional de referencia en esa sociedad, y realizar comparaciones entre grupos para apreciar las diferencias evitables.

La presencia de la enfermedad significa más que la pérdida de la salud. En el caso de las enfermedades crónicas, con frecuencia implica cambios en las condiciones generales o particulares de vida; en los proyectos y expectativas futuras, en las opciones de participación social. Las restricciones que en ciertos casos



acamean, pueden producir cambios en la percepción de libertad, de la dignidad, de la autoestima. Las limitaciones funcionales pueden modificar actividades, papeles y funciones sociales e introducir diferencias en las relaciones establecidas con los otros. Los servicios de salud tienen que considerar la atención de las necesidades de distintas dimensiones -física, psicológica, social, espiritual- y contribuir a generar ventajas

diferenciales. El trabajo de equipos interdisciplinarios y la complementariedad intersectorial e interinstitucional son parte de las redes de producción de oportunidades. La metodología científica de evaluación de la CVRS, uno de los instrumentos dinámicos para entender de qué manera y cuándo, los determinantes más importantes de la salud están fuera de la atención médica y del sector de salud. ■

Referencias bibliográficas

1. Alonso Caballero J. "La medición del estado de salud" en E.Martínez Navarro, J.M. Antó, P.L. Castellanos, M.Gili, P.Marset, V.Navarro Salud Pública, Mac Graw Hill-Interamericana, págs 341-362
2. Alonso J La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit* 2000;14 (2): 163-167.
3. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111:410-416
4. Bullinger M, Alonso J, Apolone G., Leplége A., Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating Health Status Questionnaires and Evaluating their Quality: The IQOLA Project Approach. *J Clin Epidemiol* 1998, 51 (11): 913-923.
5. Callahan CM, Wolinsky FD, Stump TE, Nienaber NA, Hui SL, Tierney WM. Mortality, Symptoms and Functional Impairment in late life depression. *J Gen Intern Med* 1998;13:746-752
6. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.
7. Fleck M, Simon G, Herrman H, Bushnell D, Martín M, Patrick D Major depression and its correlates in primary care settings in six countries. *British Journal of Psychiatry*;

- 2005; 186:41-47.
8. Gandek B, Ware J.E. Aaronson N.K., Alonso J., Apolone G., Bjorner J., Brazier J. et al. Test of data quality, scaling assumptions and reliability of the SF-36 in eleven countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998, Vol.51, No11, pp 1149-1158,
 9. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and Organizational interventions to improve the management of depression in Primary Care. *JAMA* 2003; 289:3145-3151.
 10. Guyat G., Bombardier C. Tugwell, P. Measuring disease-specific quality of life in clinical trials *CMAJ*, Vol.134, 1986, págs.889-894.
 11. Guyat GH, Feeny DH., Patrick DL. Measuring Health-related Quality of Life, *Annals of Internal Medicine* 1993; 118:731-737
 12. Guyat G., Bombardier C. Tugwell, P. Measuring disease-specific quality of life in clinical trials *CMAJ*, Vol.134, 1986, págs.889-894.
 13. Health Promotion Glossary, WHO, Geneva, 1998. SF-36® Health Survey © 1988, 2002 by JE Ware, Jr., MOT, Health Assessment Lab, QualityMetric Incorporated – All rights reserved. SF-36® is a registered trademark of the Medical Outcomes Trust (MOT)(IQOLA SF-36 Spanish (Argentina) Version 1.2). Número de licencia para su uso en esta investigación: F1-112603-17301
 14. Higginson IJ, Carr AJ. Using quality measures in the clinical setting. *BMJ* 2001 322. 26 de mayo de 2001, bmj.com p 1297-1300
 15. Kessler, D., Bennewith, O., Lewis, G., Sharp, D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ* 2002, 325: 1016-1017)
 16. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*, 2002; 29 (6): 378-384.
 17. Michaud CM, McKenna MT, Begg S, Tomijima N, Majmudar M, Bulzacchelli MT, Ebrahim S2, Ezzati M, Salomon JA, Gaber Kreiser J, Hogan M, Murray CJL. The burden of disease and injury in the United States 1996. Published: 18 October 2006 *Population Health Metrics* 2006, 4:11 doi:10.1186/1478-7954-4-11 This article is available from: <http://www.pophealthmetrics.com/content/4/1/11>. Consultado: 17 de marzo de 2007.)
 18. Organización Panamericana de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el Cambio. OMS, 2003.
 19. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust Assessing health status and quality of life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of life Research* 11: 193-205, 2002.
 20. Sen A. Capacidad y Bienestar, en Nussbaum, M., Sen A. (Comp.) *La Calidad de Vida*. FCE, México, 1996, p. 56
 21. *Ibid.*, p. 58 y 59.
 22. *Ibid.*, p.60
 23. *Ibid.*, p. 72. La cursiva es del texto original.
 24. *Ibid.*, p 54..
 25. *Ibid.*, p 56.
 26. Simon GE, Von Korff M, Lin E. Clinical and functional outcomes of depression treatment in patients with and without chronic medical illness. *Psychol. Med* . 2005;35 (2): 271-9
 27. Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of life Research* 2002,11:135-144.
 28. Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine* 2007, doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.027
 29. Starfield, B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson, Barcelona, 2001, p.4
 30. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. Downloaded from www.nejm.org, mayo 03, 2004. 1996 Massachusetts Medical Society.
 31. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, Santed R, Valderas J, Riber A, Domingo Salvany A, Alonso J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19(2): 135-50
 32. Wagner A. Gandek B, Aaronson N, Acquadro C. Alonso J., Apolone G. et al. Cross-Cultural Comparisons of the content of SF-36 Translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998, Vol.51, No11, pp 925-932,
 33. Ware J.E. Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998, 51(11): 903-912.
 34. Ware J.E., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey, Manual and Interpretation Guide, Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2003
 35. Ware JE. Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84 (2):S43-S51.
 36. Ware JE, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Lincoln, EI: QualityMetric Incorporated, 1993,2000.cap.2:3-4)..
 37. Ware JE, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Lincoln, EI: QualityMetric Incorporated, 1993,2000.cap.6:17
 38. Ware JE, Kosinski M, Gandek B, Aaronson N, Apolone G., Per B, Brazier J, Bullinger M et al. The factor analysis structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998, Vol.51, No11, pp 1159-1165.
 39. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, Tener S, Duan N, Miranda J, Unützer J, Rubenstein L. Five-year impact of quality improvement for depression. Results of a group-level randomized controlled trial, *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:378-386.
 40. Whooley MA, Simon GE. Managing depression in medical outpatients. *The New England Journal of Medicine*; 2000, volume 343, number 26. Downloaded from www.nejm.org, el 21 de febrero de 2007
 41. World Health Organization. ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001
 42. World Health Organization. World Health Report 2001: Mental health; new understanding, new hope. Geneva, Switzerland, WHO 2001.
 43. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.

Agradecimientos:

La autora agradece a las Lic. María José Rivas, Carolina Moretti y Lorena Alén Greco por su participación en la recolección y carga de datos. A Karina Bernasconi , el control de datos y el procesamiento de la información. Al Dr. Alfredo Ortiz Frágola, Jefe del Departamento de Salud Mental, al Dr. Federico Micheli , Jefe del Programa de Parkinson y Movimientos Anormales y al Dr. Carlos Flores, Jefe del Programa de Dolor del Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires.

No hay conflicto de intereses

Salud, discapacidad y calidad de vida: ¿importan las distinciones conceptuales?¹

Sommath Chatterji

*Médico Psiquiatra. Director del Equipo de Estudios Multicéntricos.
Measurement and Health Information Systems Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra*

Ya que me han dado la oportunidad de hablarles acerca del concepto de “calidad de vida”, me gustaría comenzar destacando que aún después de que haber tenido tres conferencias internacionales en los últimos siete años tengamos hoy que volver a lo básico y preguntarnos qué es la salud, qué es la discapacidad, qué es la calidad de vida y hacer que estas distinciones conceptuales cobren significado entre ellas. El objetivo de esta presentación es fundamentar por qué es importante entender exactamente de qué estamos hablando. De esta manera evitaríamos la clásica confusión representada por la Torre de Babel: si no hablamos un lenguaje común no podremos construir en conjunto. Por lo tanto, es relevante para nosotros entender acerca de lo que estamos hablando.

En primer lugar, ¿por qué se necesitan indicadores de la salud poblacional?

Porque queremos comparar poblaciones; en consecuencia necesitamos ser muy precisos en nuestra comprensión respecto a qué es lo que queremos medir en ellas. Ahora bien, lo que no se puede describir con claridad, no se puede medir, lo que no se puede medir no se puede cambiar o, al menos, valorar el cambio. Si se quiere lograr una diferencia, un aspecto crítico es lograr la capacidad de medir de manera apropiada. Por otro lado, lo que está sucediendo en el mundo entero en relación con la expectativa de vida, es que la gente vive más tiempo, por lo tanto es claro que las tasas de mortalidad por sí solas son insuficientes para que nos indiquen qué es lo que está pasando con la salud poblacional. De manera que hay que combinar la información de las tasas de mortalidad con otras medidas no relacionadas con eventos fatales. Ya no es adecuado mirar únicamente indicadores como la expectativa de vida y la mortalidad para mantener la capacidad de comprender el comportamiento de salud en el mundo actual. (Recuadro 1)

1. Antecedentes

- Se necesitan indicadores de salud de la población para comparar, monitorear y evaluar.
- La expectativa de vida se ha elevado, las tasas de mortalidad solas son insuficientes.
- Las medidas de salud poblacional combinan información sobre mortalidad con otras medidas no relacionadas a eventos fatales.

1. Esta presentación se basa en la ponencia que el Dr. Sommath Chatterji realizó en la 3ª Reunión Iberoamericana de Calidad de Vida relacionada con la Salud, realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires el 26 de agosto de 2006.

Hay que definir lo que entendemos por “salud” y “estados de salud” ya que lo importante es estar en condiciones de medir todos los dominios de salud (Recuadro 2).

Estos probablemente deban ser evaluados eligiendo un método que permita combinar la naturaleza multidimensional de la “salud” en un solo número y, por

supuesto, necesitamos medir el bienestar y la calidad de vida de las personas.

¿Por qué esto es relevante? Porque hay varias preguntas que tanto un clínico como un investigador, o un experto en salud pública, o un hacedor de políticas están interesados en responder. (Recuadro 3)

2. Antecedentes

- Definición de los estados de salud.
- Medición de niveles en los dominios de salud.
- Valoración de estados de salud multidimensionales.
 - Métodos para seleccionar evaluaciones.
 - Estimación y aplicación de las funciones de evaluación.
- Medición del bienestar / calidad de vida.

3. Preguntas

- ¿Está el individuo A en un mejor estado de salud que el individuo B?
- ¿Está la población A en un mejor estado de salud que la población B?
- ¿Está el individuo A con la enfermedad A en un mejor estado de salud que el individuo B con la enfermedad B?
- ¿Está el individuo A con la enfermedad A en un mejor estado de salud que el individuo B con la enfermedad A?
- ¿Está el individuo A con la enfermedad A en un mejor estado de salud que antes?

Por ejemplo, cómo decidir si el individuo A está en un mejor estado de salud que el individuo B. Hacer estas preguntas parece bastante simple ya que son preguntas que respondemos todos los días. Con frecuencia tenemos comparaciones en la mente parecidas a ésta que nos hacen sostener que el individuo A está más saludable que el individuo B, o está en un estado de salud mejor que el individuo B. Cuando se hace esta clase de comparaciones es conveniente pensar por un minuto cómo se llega a esta conclusión, es decir, cómo es que decidimos que este individuo está más saludable que el otro.

Esta es una decisión crítica porque tal como mencioné anteriormente, si se quiere hacer una diferencia, hay que realmente medirla, hay que saber cuál input está produciendo ese *outcome* (resultado).

Similarmente, lo mismo puede aplicarse a las poblaciones cuando se necesita saber si la población A tiene mejor estado de salud que la población B. De manera que se puede agregar esta información del individuo a un conjunto amplio de personas, e indagar si este grupo está en mejor estado de salud que otro grupo de personas.

O también, si hay dos individuos con dos estados de salud diferentes, por ejemplo uno con diabetes y otro

con depresión, se puede averiguar si la persona con diabetes está con mejor o peor estado de salud que la persona con depresión. Esta es también una pregunta importante en la mente de las personas porque no sólo incluye el sentido del impacto que la enfermedad produce en la vida de las personas sino que también tiene relevancia en las decisiones de asignación de recursos, tales como las que tienen que tomar los especialistas hacedores de políticas públicas. El que un individuo tenga diabetes o depresión nada dice respecto a cuál es la enfermedad más grave en términos del estado de salud o del deterioro de la salud que esta enfermedad produce. También puede ser interesante conocer entre dos individuos con el mismo estado de salud, ambos con diabetes, cómo decidir si el estado de salud del individuo A con diabetes es mejor o peor que la del individuo B con diabetes. Esta también es una pregunta importante que tanto los clínicos como los hacedores de políticas públicas necesitan responder todo el tiempo. Otra es si el individuo A, con la enfermedad A, está ahora en igual o peor estado de salud que antes.

Esta puede ser un tipo de pregunta de ensayo clínico o de seguimiento de resultados clínicos. Si se decide dar un tratamiento al individuo A, que tiene cierta condición de salud, al hacer su seguimiento a lo largo del tiempo, cómo se puede saber que el estado de salud de esta persona realmente está mejorando o volviéndose peor. Todas estas indagaciones tratan de una cuestión que no está relacionada con la muerte ni con la mortalidad, porque son individuos vivos; por el contrario, se necesita hacer juicios para valorar si este individuo está en un mejor estado de salud. Si se aplica a grupos de personas, se necesita fundamentar si estas personas están en mejor o peor estado de salud. Con claridad se ve que los indicadores de mortalidad son insuficientes para responder este tipo de preguntas.

Probablemente todos ustedes conozcan la definición del estado de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un completo estado de bienestar físico, mental, social y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia (Recuadro 4).

4. Definición de Salud de la OMS

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”

—OMS, Constitución (1947)

Al pensar un poco en esta definición se hace evidente que es una definición que utiliza la OMS para abogar por la salud. Es una definición de advocacy; no es una definición que pueda ser operacionalizada para los fines de la medición. Porque, tempranamente, la OMS no quiso significar que “salud” equivale a “bienestar”. Creo que está claro en la mente de todos nosotros, estoy seguro, que el bienestar es un componente de la vida que tiene varios diferentes constituyentes. La salud es sólo un componente del bienestar. Sin embargo, lo que

es importante saber es que la OMS enfatiza: 1) el hecho de que la salud es un fenómeno multidimensional; 2) que la presencia de enfermedad no es lo que define la salud de un individuo y en consecuencia, 3) lo que esencialmente trata de decir es que la manera en que los individuos funcionan en múltiples dominios de la vida es lo que representa el estado de salud de ese individuo

Ahora esto me lleva a la próxima pregunta que es qué entendemos por discapacidad. (Recuadro 5)

5. Definición de Discapacidad de la OMS

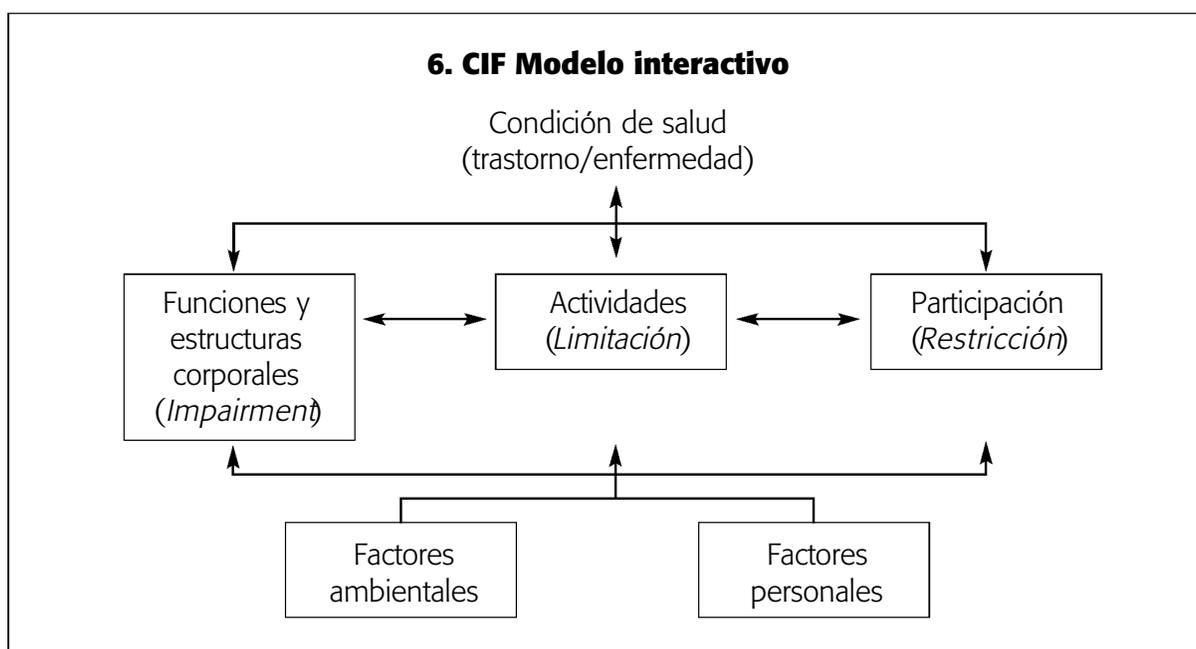
“Dificultad en el funcionamiento, a nivel del cuerpo, la persona o la sociedad, en uno o más dominios de la vida, experimentado por un individuo con una condición de salud en interacción con factores ambientales”

(Basado en CIF)

Es una palabra que se usa mucho y de diferentes maneras y me gustaría saber cuántos de ustedes se encuentran trabajando en estos momentos en el área de discapacidad o rehabilitación, y conocen el debate actual relacionado a la convención por los derechos de las personas con discapacidad. Estarían sorprendidos de saber que el Comité que se reúne sobre la discapacidad para lograr consenso sobre la base de la representación de los Estados miembros de la UE y que se ha reunido ya ocho veces, sus integrantes estuvieron de acuerdo en cada uno de los distintos aspectos de la discapacidad, excepto en la definición de discapacidad. ¿Por qué esto? Porque obviamente en una convención la definición tiene implicaciones enormes y la discapacidad, desde ya, así como lo es la salud, también es parte de una agenda política. No es algo que sólo pueda importar a un grupo de clínicos trabajando en algún sitio de investigación.

En nuestro trabajo actual en la OMS, la discapacidad esencialmente hace referencia a la funcionalidad en múltiples niveles; puede ser tanto a nivel del cuerpo o el funcionamiento como individuo o el individuo interac-

tuando con la sociedad en uno o más aspectos de la vida o dominios de la vida. En otras palabras, es una disminución o deficiencia en el funcionamiento que experimenta un individuo, con una condición de salud, cuando interactúa con el entorno. Esta definición se basa en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), de la Organización Mundial de la Salud, que fue aprobado hace 5 años por los estados miembros de la OMS. La discapacidad es esencialmente entendida como un fenómeno que se basa en la condición de salud del individuo en interacción con su ambiente y atributos individuales. En esta interacción, por la condición de salud, el individuo experimenta dificultades en el funcionamiento, tanto en el nivel del cuerpo o de las actividades que realiza, sean tareas simples o complejas, o encuentra restricciones a su participación en la vida real, en la interacción con su ambiente, por la condición de salud. Hay, en alguna medida, deficiencia en el funcionamiento a nivel del cuerpo, disminución en la capacidad para hacer algunas cosas; el impacto en la vida real puede producir restricciones en la participación. (Recuadro 6)



En otras palabras, por definición estamos diciendo que estos componentes de la disminución en las funciones a nivel del cuerpo o en la capacidad para realizar ciertas tareas o acciones es básicamente la característica que define el estado de salud y, en consecuencia, es el metro común que queremos usar para comparar estados de salud. Cuando indagamos si un individuo está en mejor o peor estado de salud, de lo que estamos hablando es de agregados de funcionamientos a nivel del cuerpo o capacidades para funcionar.

La OMS también ha definido la calidad de vida sosteniendo que es la percepción individual de su posi-

ción en la vida en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. ¿Qué es lo que está perdido en esta amplia frase que ofrece el concepto de calidad de vida? Es la noción que es realmente la percepción del estado de salud. En otras palabras en la definición de CVRS de la OMS no es el detrimento en el funcionamiento, es decir, no es una condición de salud, sino que es la percepción del estado de salud. Esta es una diferencia crítica para comprender por qué una es una descripción de su estado de salud, el que puede involucrar un detrimento en la función. La noción de calidad de vida es la evalua-

ción (perceptiva – subjetiva) de ese estado de salud. (Recuadro 7).

Observado en el contexto general (Recuadro 8), en secuencia, si hablamos de la “experiencia de salud”, ésta está constituida por estos diferentes componentes: condiciones de salud (enfermedad, trastorno, lesiones) que, en su sentido clásico, se clasificarán de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Pero, tener una condición de salud (enfermedad, trastorno o lesión) dice realmente muy poco sobre el estado real de salud del individuo. Especialmente, no dice cómo comparar dos condiciones de salud. En consecuencia, el estado de salud del individuo es medido, como ya lo dije, en términos de funcionamientos en múltiples dominios. Un aspecto es la capacidad del individuo para realizar ciertas tareas o actividades, simples o complejas. Esta capacidad del individuo es un atributo persona, un atributo intrínseco del individuo es esencialmente una medida del estado de salud del individuo. En el proceso de la vida real, cuando un individuo encuentra barreras o facilitadores en su entorno, ¿es realmente la manera en que por su estado de salud se desenvuelve en la vida diaria? No, no es el estado de

salud en sí mismo porque obviamente si tengo parálisis y tengo acceso a una silla de ruedas y el entorno es accesible, mi desempeño en término de moverme alrededor en el entorno del ambiente real va a ser muy diferente si estoy paralizado, tengo las mismas limitaciones en mis capacidades, sin embargo, no tengo silla de ruedas o el entorno no tiene lugares accesibles para silla de ruedas. En este caso, mis movimientos alrededor estarán seriamente limitados aún cuando tenga exactamente el mismo estado de salud y el mismo detrimento en el estado de salud. Esto es crítico para entender que esta conceptualización es más que la medida del estado de salud, es también la medida en que hay un entorno que es peor y que necesita ser cambiado. Y esto es crítico para tomar la decisión respecto a qué intervención es necesario dar, qué se necesita cambiar, se necesita cambiar el estado de salud o al individuo, o se necesita modificar el entorno.

Desde ya, como dijimos, el “estado de salud” es, por su misma definición, un fenómeno multidimensional. Para responder cuestiones tales como “¿Está este individuo en mejor o peor estado de salud que este otro individuo?” se debe encontrar cierto mecanismo mediante

7. Definición de Calidad de Vida de la OMS

La Organización Mundial de la Salud definió la *calidad de vida* como la percepción del individuo de su situación en la vida, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

8. Esquemas para evaluar la “experiencia de salud”

Condición de salud

Funcionamiento

Capacidad (Estado de Salud)

Performance (en el entorno de la vida real)

Valoración

Calidad de Vida

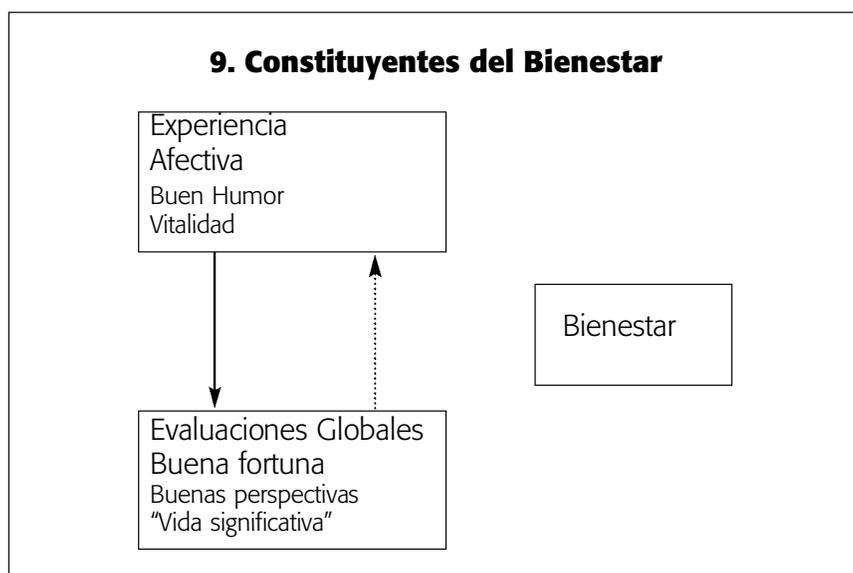
Bienestar

el cual se pueda combinar esta información de múltiples dominios en un número. Porque hay que responder, al final del día, en una escala de 1 a 10, si este individuo está mejor o peor estado de salud. ¿Cómo se hace esto? ¿Cómo se combina esta información? En otras palabras, ¿qué valor los individuos ponen, en general, en estos diferentes dominios de salud que se han elegido, con el propósito de la medición. Si se conoce qué importancia o valor la gente le da a estos diferentes dominios de salud y a los diferentes niveles de funcionamiento, en diferentes dominios, entonces se puede combinar usando esas funciones de valuación, estos valores de funcionamiento para, por último, responder si este individuo está en mejor o peor estado de salud.

Y finalmente, también hay que comprender la manera en que la gente aprecia, valora, su estado de salud. Esta es la noción de calidad de vida o bienestar. Por ejemplo, un individuo que trabaja como empleado administrativo tiene un accidente y queda paralizado;

otro individuo, que es atleta, tiene un accidente similar y queda paralizado. Claramente, aún cuando ambos tengan la misma condición de salud, ambos tienen el mismo detrimento en la capacidad, y puede ser que valoren el estado de salud de forma parecida, pero la manera en que lo perciban va a ser muy diferente porque significan cosas muy diferentes para cada uno. Esto es crítico también para apreciar porque puede, de hecho, darle más sentido, a la realización de las intervenciones, para ver qué es lo que se puede cambiar para mejorar. Seguramente uno estará mirando cómo cambiar el desempeño de este individuo mediante alteraciones en su entorno personal real y después, trabajará para mejorar la manera en que este individuo percibe su vida ahora, de forma de que esto pueda cambiar a lo largo de un período de tiempo.

Hay dos componentes claves del bienestar o calidad de vida (Recuadro 9).



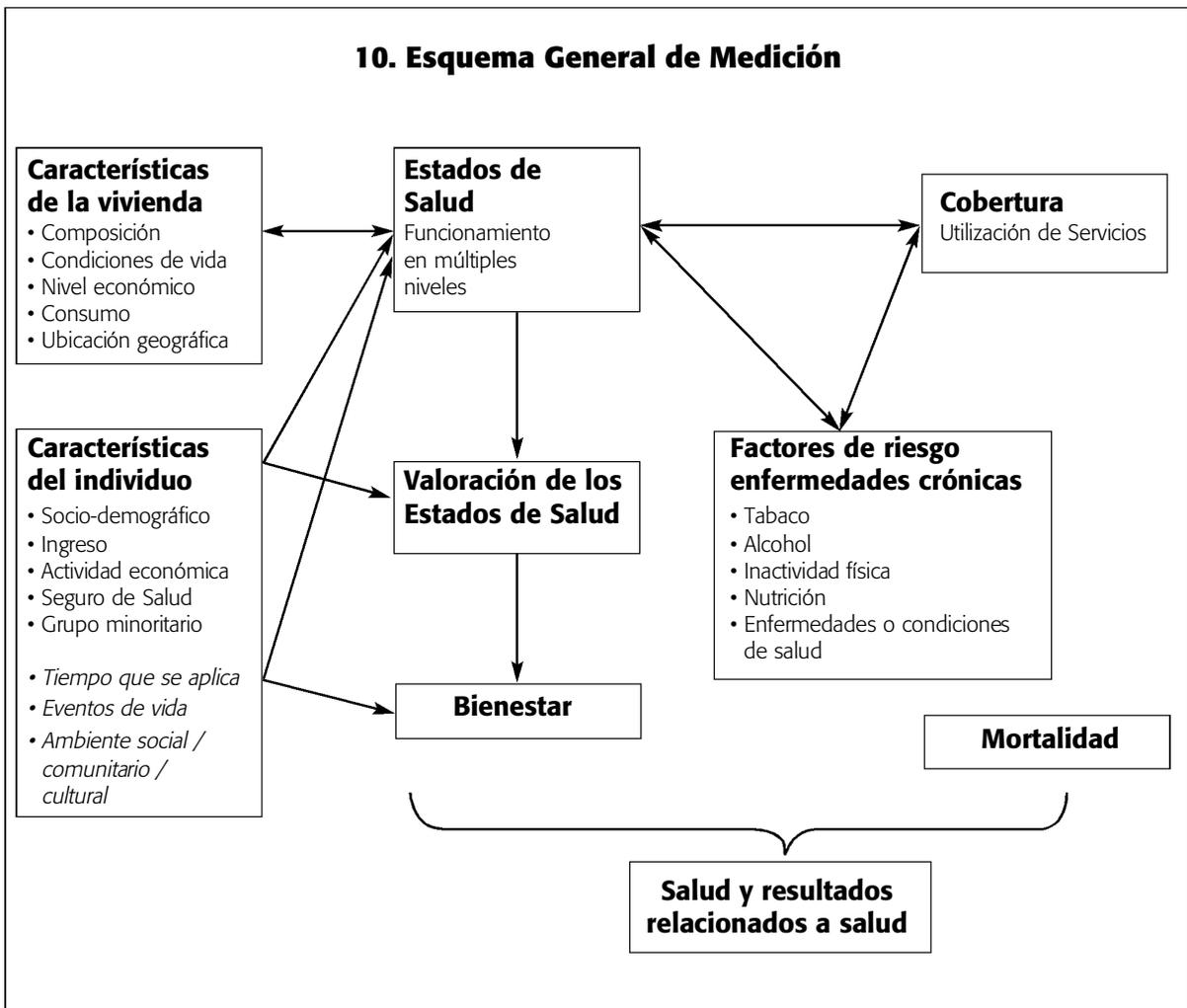
Uno de ellos es lo que denominamos “experiencia afectiva” por ejemplo, cuán feliz o vital se siente, y el otro aspecto es la evaluación que se realiza de la experiencia. Ésta implica una perspectiva mayor de tiempo: cómo mira al mundo en general o cuánto control tiene sobre la vida propia, etc. O cuán satisfecho se siente con ella. ¿Por qué es importante separar estos dos componentes en la medición en sí misma? Porque la memoria de las personas de sus estados afectivos son notablemente imprecisas a lo largo de un periodo de tiempo. La manera en que las personas se comportan en situaciones de incertidumbre es muy variable. Los seres humanos no se comportan racionalmente cuando reportan o tratan de evaluar estados emocionales. Si interesa en especial la evaluación del componente afectivo, es recomendable su evaluación en su ambiente natural para que la

información sea confiable. O sino indagar haciendo referencia a un corto periodo de tiempo, mediante un diseño transversal, donde a la gente se le pregunte, por ejemplo, cómo se siente ahora, o cómo se sentía ayer como mucho. Para tener una perspectiva de más largo plazo es necesario combinar con alguna medición del bienestar global.

Entonces, para poner todo en su conjunto, estamos hablando de: entender el estado de salud de las personas; detrimentos en el funcionamiento, o en los niveles de funcionamiento, en múltiples dominios; el valor que las personas asignan a los diferentes estados de salud, la manera en que evalúan lo que es el bienestar o la calidad de vida. Esto es algo muy interesante de medir, como ya lo dije, como resultados en salud. El nivel de salud de los individuos tiene que combinar, en un

número, diferentes piezas de información. Necesitamos medir la percepción o evaluación subjetiva, y necesitamos medir estas cosas de manera separada, para proponer, ahora o en el futuro, cambios en una u otra parte, o en todas. También se necesita entender los otros riesgos y las enfermedades crónicas que influyen los estados de salud y el bienestar. Los riesgos y las enfermedades crónicas dicen nada sobre el estado de salud actual; todo lo que dicen es qué es probable que suceda en el futuro. (Recuadro 10)

El sistema de salud necesita encontrar una manera de proveer intervenciones, o lo que llamamos cobertura para intervenciones de salud, más eficientes como manera de mejorar la salud de la gente. Por supuesto también hay que saber si la gente usa estas intervenciones, si ellas están disponibles. Por últimos, hay un conjunto de características –del entorno, de la vivienda y también características personales- que influyen asimismo en el estado de salud y en la calidad de vida.



Este es básicamente el cuadro del que estamos hablando. Por supuesto lo más preciso es el cálculo de la mortalidad; es relativamente fácil de medir. La razón obvia de por qué es fácil de medir es que la muerte es un fenómeno binario. Las otras cosas, son desde ya más difíciles de medir.

Todo esto significa, en términos operacionales, que la salud es distinta a las categorías diagnósticas (Recuadro 11); es un atributo multidimensional de los

individuos, mi salud es mi atributo, no está fuera de mí. No tiene sentido decir que mi estado de salud está fuera de mí; “mi” estado de salud debe estar dentro –por eso es “mi” estado de salud. El estado de salud del individuo puede ser descrito en términos de niveles en diferentes dominios tal como ya se señaló.

Se pueden elegir diferentes números de dominios. Hay instrumentos reconocidos, como el *Health Utility Index*, el EQ 5D, el SF 36, que tienen diferente número de dominios. La selección se basa en la naturaleza del problema a

11. Definición operacional de salud

- La salud es distinta a categoría diagnóstica.
- La salud es un atributo multidimensional de los individuos.
- Los estados de salud del individuo pueden ser descritos en términos de niveles en diferentes dominios.

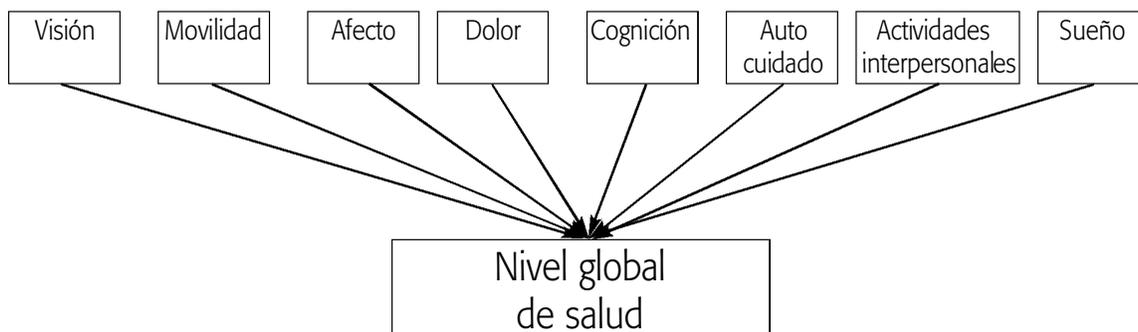
estudiar, de las características de la población o grupo al que se dirija y del espacio que tenga para realizar la evaluación. Entonces se elige el instrumento de medición, que puede tener 6 dominios, 8 dominios o más. Pero para los propósitos de la medición es conveniente tener un conjunto restringido de dominios que capte la mayor parte

de la variabilidad en la población de interés. En los instrumentos de medición actual en la OMS estos son los que se están utilizando (Recuadro 12) y como se mencionó antes, es necesario combinarlos en un solo nivel global basado en la evaluación que la gente hizo de cada uno de los diferentes dominios (Recuadro 13).

12. Dominios centrales en salud

- Movilidad
- Autocuidado
- Dolor
- Cognición
- Actividades interpersonales
- Visión
- Sueño y energía
- Afecto

13. Dominios de salud



Valoración del estado de salud

En una medida de resumen se necesita proveer el puente entre la mortalidad y resultados no fatales. Por ejemplo, si el número 1 representa el mejor estado de salud y el número cero representa la muerte, cuán mal

está el estado de salud va a estar representado por la ubicación en esta escala de 0 a 1. (Recuadro 14)

La discapacidad es el detrimento en las funciones corporales o en la estructura corporal, o en la capaci-

14. Valoración del estado de salud

- La valoración de los estados de salud provee el puente entre medidas de mortalidad y resultados de eventos no fatales.
- Las valoraciones del estado de salud reflejan niveles generales de salud asociados con estados multidimensionales en un continuum entre: la muerte (valor 0) y la salud perfecta (valor 1).

dad para el desempeño. Sin embargo, para los propósitos de medición de los estados de salud, nuestra definición está restringida a problemas relacionados al

detrimento de la función corporal o de la capacidad para el desempeño. (Recuadro 15).

15. Discapacidades

- Problemas con la función del cuerpo o la estructura.
- Disminución de la Capacidad o la Performance en cualquier dominio de salud.
- La etiología es neutral.
- Incluye el principio de universalidad.

La clave para recordar aquí es que se considera a la etiología como neutral: el concepto de detrimento en el funcionamiento no está ligado al hecho de tener una condición específica de salud. Por lo tanto, no interesa si es por la depresión o por la diabetes que no pudo ir a trabajar durante dos días. Lo importante es que no pudo ir a trabajar por su condición de salud. Otro aspecto a considerar es que también incluye el principio de la universalidad. En otras palabras, la manera en que se está conceptualizando la discapacidad significa que todos nosotros, todo ser humano, en alguna etapa de su vida va a estar discapacitado, es

decir, va a tener algún detrimento en sus funciones o capacidades.

La noción de calidad de vida es, como lo mencioné anteriormente, la noción de evaluación subjetiva – que es tanto afectiva como cognitiva y que puede sintetizarse en cuán feliz o triste se siente, cuán satisfecho está con su vida. Puede ser medida, como se dijo, como momentos transitorios de bienestar, o puede medirse su persistencia en el tiempo (Recuadro 16).

Después de todo, ¿por qué se necesita claridad conceptual? (Recuadro 17)

16. Calidad de Vida / Bienestar

- Evaluación subjetiva
 - Afectiva
 - Cognitiva
- Felicidad.
- Satisfacción con la vida.

- Estados -momentos transitorios-.
- Persistentes.

17. Necesidad de claridad conceptual

- Permite comparaciones significativas.
- Identifica relaciones entre salud y *outcomes* (resultados) no relacionados a salud.
- Predice futuros resultados fatales y no fatales en salud.
- Identifica posibles intervenciones.
- Implicaciones para políticas de salud.

Primero, porque debemos estar seguros de que comparamos lo mismo. En otras palabras, debemos hablar un lenguaje común sino nos perderemos en la confusión de esta Torre de Babel. Segundo, porque tenemos que identificar asociaciones entre resultados de salud y otros resultados diferentes. Esto es crítico cuando se aplica una intervención de salud, que tiene por propósito mejorar la salud. Porque lo que interesa saber, en primer lugar, es si esta intervención realmente está mejorando la salud y no otras cosas que no son de interés. La segunda cuestión es saber qué cambios son los que se están produciendo en el estado de salud de individuo y qué más está cambiando. Por ejemplo, la OMS produjo un reporte hace 2 años sobre economía y salud. Una conclusión del informe fue que era importante invertir en salud porque la mejoría en salud produce desarrollo. Bueno, este es un punto de partida sobre la salud bien diferente que los comentados anteriormente. Si se mira un aspecto, el del presupuesto para salud, éste en la mayoría de los países es probablemente una fracción pequeña del presupuesto total. Por supuesto es relevante que los hacedores de políticas inviertan en salud. Pero si ellos preguntan cómo saber que la inversión en salud realmente está haciendo una diferencia. Por ejemplo, ¿se están volviendo estas personas más productivas? ¿El producto bruto global del país va a crecer? ¿Estas personas se sentirán mejor? ¿Tendrán mayor bienestar, felicidad? Por esto, si este fuera el caso, es tan necesario separar estos resultados para los propósi-

tos de la medición. Aunque sabemos que con frecuencia los hacedores de políticas ignoran esto, nuestro deber es proveer evidencia que pueda ser de utilidad para la gestión de las políticas. También es nuestra responsabilidad predecir futuros resultados favorables y no-favorables. En otras palabras, si mejora el bienestar de una persona, si mejora su calidad de vida, ¿esta persona va a vivir más? ¿Estará menos discapacitada en el futuro? Y viceversa, si se mejorara el aspecto funcional de esta persona, si disminuyera la discapacidad que tiene, ¿este individuo estará feliz en el futuro? Es importante reconocer, saber qué es lo que exactamente está cambiando y qué es lo que se quiere medir, cuál es la línea de base. Y para saber si la mejoría de la salud hace a un mayor bienestar o no, se necesita identificar posibles intervenciones y cuáles son las implicaciones para las políticas sanitarias.

Quisiera concluir diciendo que nosotros podemos ser como Humpty Dumpty y decir "Cuando yo uso una palabra ésta quiere decir lo que yo elijo que signifique, ni más ni menos". Y si se hace eso, temo que esa sea la receta para el desastre. Les pido a ustedes que se unan a nosotros en el uso de un lenguaje común de manera que entendamos exactamente qué es lo que estamos tratando de decir y que podamos expresarnos con claridad al comunicar descripciones, análisis o planes de salud con el objetivo primario de mejorar la calidad de vida de nuestras poblaciones. ■

Perspectiva internacional de calidad de vida en las personas mayores.

Proyecto WHOQOL-OLD

Ramona Lucas Carrasco (MD, PhD, MPH)

Epidemióloga. Responsable del Área de Investigación. del Institut de l'Envel·liment. Universitat Autònoma de Barcelona. Sant Antoni Maria Claret 171. Barcelona 08041. España. Ramona.Lucas@uab.es

Introducción

A escala mundial, la proporción de personas de 60 años aumenta de forma más rápida que la de cualquier otro grupo de edad. Las disparidades de género, los cambios estructurales en el ámbito familiar y social; el número de personas mayores que viven solas, los cambios en la carga de enfermedad y el riesgo de discapacidad – entre otros factores- destacan la importancia de evaluar la calidad de vida (CV) de las personas mayores.

Una cuestión que surge en la evaluación de la CV de las personas mayores, es si los cuestionarios genéricos de CV, desarrollados para población adulta, se pueden utilizar de manera válida en esta población. Algunos autores, han sugerido que se pueden utilizar de manera

bastante satisfactoria, aunque destacan algunas limitaciones (problemas con el formato de administración, con determinadas subescalas, falta de respuesta) (10; 5).

Otra cuestión es, si existen áreas o facetas de CV que puedan ser específicas para personas mayores, y por tanto, puedan suplementar a un cuestionario genérico de CV. La mayoría de cuestionarios de CV utilizados en personas mayores miden solo algunas áreas, como son la física y la psicológica (21; 1), mientras otros como el WHOQOL, evalúan otras áreas no incluidas en la mayoría de cuestionarios, por ejemplo, ambiente y espiritualidad (22, 23, 18; 13; 14). Por ejemplo, la versión piloto del cuestionario WHOQOL incluyó dos facetas: problemas sensoriales y comunicación, que se descartaron posteriormente debido a los resultados de sus propiedades psicométricas en el análisis (19, 20; 13). Este tipo de

Resumen

Antecedentes del trabajo. A escala mundial, la proporción de personas mayores de 60 años crece de manera considerable. Las disparidades de género; cambios en la estructura familiar y social; la carga de enfermedad y el riesgo de discapacidad, entre otros, ha suscitado un interés internacional por el estudio de la calidad de vida (CV) de estas personas. El Proyecto WHOQOL-OLD tuvo como objetivo, desarrollar un módulo para evaluar CV en personas mayores basándose en el cuestionario existente WHOQOL-100.

Método. Participaron 23 centros a escala mundial junto con la OMS. Se realizaron grupos focales con personas mayores, cuidadores y profesionales. Los grupos estaban formados por 4-6 participantes que hablaron de forma libre de su CV, revisaron el WHOQOL-100 para identificar nuevas facetas, y las facetas previamente definidas como importantes por los centros participantes.

Resultados: Todas las áreas del WHOQOL-100 se consideraron importantes para la CV. Además, se identificaron seis facetas adicionales: capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes, futuras; participación /aislamiento; muerte e intimidad. Conclusión: La metodología de grupos focales fue útil para conocer los factores que contribuyen a la CV de las personas mayores. Desarrollado con consenso internacional, permite la evaluación de CV desde una perspectiva internacional.

Palabras clave: Personas mayores - CV - Grupos focales.

INTERNATIONAL PERSPECTIVE ON QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS. THE WHOQOL-OLD PROJECT

Summary

Background: On a worldwide scale, the percentage of the population 60 years of age and older has increased considerably. Factors such as gender disparities, changes in family and social structure, the burden of illness and the risk of disability, among others, have awakened international interest in studying this age group's quality of life (QOL). The objective of the WHOQOL-OLD Project was to develop a module for assessing the quality of life of older adults based on the existing WHOQOL-OLD questionnaire.

Method. Twenty-three centers worldwide, together with the WHO, took part. Focal groups consisting of older adults, caretakers and professionals were formed. The groups consisted of 4 to 6 participants who spoke openly and freely about their QOL, reviewed the WHOQOL-100 to identify new facets and the facets previously defined as important by participating centers.

Results: All the areas of the WHOQOL-100 were considered important for QOL. Six additional facets were identified: sensory abilities; autonomy; past, present and future activities; involvement/withdrawal; death; and intimacy.

Conclusion: The focus group methodology was useful for identifying the factors that contribute to older adults' quality of life. Developed under international consensus, it allows for QOL assessment from an international perspective.

Key words: Elderly people - Quality of life - Focus groups



facetas son buenos ejemplos de facetas que deben revisarse para incluir o añadir a un módulo de CV para personas mayores.

De la información existente del WHOQOL (20), la referente a las personas mayores de 65 años que contestaron el cuestionario mostró que tenían mayor satisfacción con sus relaciones, mayor satisfacción en las facetas de apoyo social, economía, ambiente del hogar, así como menos sentimientos negativos y mejor salud psicológica; información contrapuesta al estereotipo de la persona de edad (15).

Algunos autores, principalmente de países anglosajones, han investigado el constructo preguntando directamente a las personas mayores sobre lo que entienden por CV y sobre las áreas que la componen, así como aspectos que pueden contribuir a una mejor o peor CV. Estos autores han encontrado que las personas mayores comparten aspectos comunes y asocian CV con salud, capacidad funcional, seguridad, autoestima, actitud (optimismo-pesimismo), sentimiento de adecuación personal, participación social, redes sociales, nivel económico, nivel de adaptación, control percibido, creencias, etc. (4; 6; 8; 16; 12). También se ha demostrado que las puntuaciones subjetivas de bienestar y salud explican mejor las variaciones de las puntuaciones de CV que los indicadores objetivos económicos o sociodemográficos (4). Por ello, siempre que sea posible, los cuestionarios deben ser cumplimentados por la propia persona, auto-administrados.

El Grupo WHOQOL toma la iniciativa en el año 2000 de desarrollar a escala internacional un módulo específico para evaluar la CV en personas mayores (Proyecto WHOQOL-OLD). El desarrollo de dicho módulo se realizó a partir del cuestionario existente WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life) por considerarse probablemente la mejor medida genérica de CV existente en ese momento, haciéndolo ideal para adaptarlo a las personas mayores (15). Fue un Proyecto del V Programa Marco de la Comisión Europea perteneciente a la línea de acción de Calidad de Vida "The Ageing population", con una duración de tres años.

El Proyecto estuvo coordinado desde la Universidad de Edimburgo (UK) y participaron 23 centros a escala mundial (Centros WHOQOL-OLD): Barcelona, Bath, Beer-Sheva, Budapest, Copenhagen, Guangzhou, Hong

Kong, Leipzig, Melbourne, Oslo, Paris, Praga, Tokio, Tromsø, Seattle, Ulm, Umea, Victoria y Vilnius. Otros centros asociados fueron: Ginebra, Izmir, Montevideo, y Porto Alegre. Colaboró en el Proyecto la Organización Mundial de la Salud (Copenhague, Dinamarca). El Proyecto WHOQOL-OLD constó de varios workpackages (WP): WP1. Revisión del cuestionario WHOQOL-100 y acuerdo de las áreas clave para discusión en los grupos de opinión; WP2. Realización de grupos de opinión o grupos focales; WP3. Recogida de información de los grupos y elaboración del primer cuestionario piloto; WP4. Trabajo de campo con el cuestionario piloto; WP5. Análisis; WP6. Producción de un módulo específico de CV para personas mayores; WP7. Trabajo de campo con el cuestionario y otras medidas con el objetivo de conocer las propiedades psicométricas; WP8. Elaboración de un cuestionario sobre "Experiencias y actitudes del envejecimiento: EAAQ"; WP9. Análisis. Resultados y Publicación. Difusión

El presente trabajo muestra los resultados del WP2. Grupos focales, cuyo objetivo fue conocer las opiniones de las personas mayores, cuidadores y profesionales que trabajaban con personas mayores para identificar áreas clave / factores que fueran importantes para la CV de los mayores, y por tanto, deberían incluirse en un módulo de personas mayores.

Método

Se realizaron grupos de opinión en cada uno de los centros participantes.

Todos los grupos se realizaron siguiendo unas pautas comunes (9). La discusión en los grupos se basó en el contenido del WHOQOL-100, cuestionario genérico de calidad de vida que contiene 6 áreas y 24 facetas (Tabla1); y los aspectos de interés no cubiertos por el mismo que fueron identificados en el WP1, por ejemplo, funciones sensoriales; comunicación (capacidad de hablar con otros); memoria, capacidad para concentrarse y tomar decisiones; relaciones con los amigos; relaciones con la familia; oportunidad para mantener contactos sociales; lugar donde vive (residencias); sentimiento de soledad, aspectos económicos; satisfacción con el trabajo; pérdi-

Tabla 1
Áreas y facetas del WHOQOL-100

AREAS	FACETAS
I. Física	1. Dolor y malestar 2. Energía y fatiga 3. Sueño y descanso
II. Psicológica	4. Sentimientos positivos 5. Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración 6. Autoestima 7. Imagen corporal 8. Sentimientos negativos
III. Niveles de independencia	9. Movilidad 10. Actividades de la vida diaria 11. Dependencia de medicamentos y tratamientos 12. Capacidad de trabajo
IV. Relaciones sociales	13. Relaciones personales 14. Apoyo social 15. Actividad sexual
V. Ambiente	16. Seguridad física 17. Ambiente del hogar 18. Recursos económicos 19. Servicios sanitarios y sociales: accesibilidad 20. Oportunidades para adquirir información nueva 21. Participación en / oportunidades de ocio 22. Ambiente 23. Transporte
VI. Espiritualidad / Religión / Creencias Personales	24. Espiritualidad/Religión/ Creencias Personales

Tabla 2
Criterios para los grupos de personas mayores

	Estado de salud*	
Edad	Sano	Enfermo
60-80	1 grupo	1 grupo
80+	1 grupo	1 grupo
Total	2 grupos	2 grupos

*La salud se determinó basándose en el estado de salud auto-reportado.

da de amigos; eventos importantes (jubilación, ser abuelo); oportunidades para ocio, tiempo libre y actividades de voluntariado. Cada centro debía realizar un mínimo de seis grupos: cuatro con personas mayores, uno con cuidadores/familiares y uno con profesionales que trabajaban con personas mayores. El número de participantes podía oscilar entre cuatro y seis participantes en cada grupo. Los grupos de personas mayores debían cumplir, siempre que fuera posible, los siguientes criterios con relación a la edad y al estado de salud (Tabla 2).

A. Grupos con personas mayores y familiares:

Se explicó a los participantes la naturaleza del Proyecto, “se realizaba un estudio sobre CV en personas mayores con el objetivo de construir un cuestionario, que posteriormente se pudiera utilizar para obtener información de la percepción de la CV de las personas mayores”. Interesaba conocer más sobre la CV de la persona que participaba y sobre la CV de la gente mayor en general. Por ello, se solicitó que mencionaran cualquier área o aspecto que fuera relevante para ellos. Se explicó

Tabla 3
Estructura de los grupos focales con personas mayores y cuidadores

	Tiempo minutos	Objetivo
Presentaciones, introducción y recogida de los hojas de consentimiento informado	5	Calentamiento
1. Discusión libre de calidad de vida - ¿Qué entiende por el término de “calidad de vida”? - ¿Cuál es el factor más importante que determina su calidad de vida? - ¿Qué les gusta de su vida? - ¿Qué tipo de cosas mejoran su calidad de vida? - ¿Qué tipo de cosas empeoran su calidad de vida? - ¿Cómo compararía su calidad de vida con la de otras personas de su misma edad?	20	Centrar al grupo en las dimensiones de calidad de vida
Descanso	15	
2. Revisión del WHOQOL - ¿Qué piensa? - ¿Es importante o relevante para la calidad de vida de personas mayores? ¿Por qué? ¿Por qué no? - ¿Puede preguntarse de manera mejor? ¿Lo puede decir de otra manera? - ¿Cómo lo preguntaría? - La pregunta ¿debe contener algo más? ¿Qué?	30	Centrar al grupo en el cuestionario WHOQOL-100
Revisión de los ítems adicionales - Importancia de las comunicaciones familiares - Libertad de tomar decisiones - Duelo sobre las actividades perdidas - Preocupación sobre el envejecimiento / impacto percibido sobre aspectos negativos (discriminación) - Importancia del papel del abuelo - Sentimientos sobre la institucionalización - Percepción sobre la muerte	15	Recoger información de preguntas adicionales
Sugerencias de otras preguntas	10	Recoger ideas de preguntas adicionales
Finalización y recogida de información sociodemográfica	5	Agradecimiento a los participantes por acudir. Recogida de la información demográfica
Documentación de la sesión del grupo (dinámica del grupo)		Realizada por los moderadores

que el estudio estaba subvencionado por la Comisión Europea, que colaboraba la Organización Mundial de la Salud y se detallaron los centros que participaban en el ámbito europeo y mundial. La duración del grupo sería de aproximadamente dos horas. La participación era totalmente voluntaria, aunque se podía abandonar el grupo en cualquier momento, sin dar explicaciones. Se solicitó permiso para grabar la sesión.

La estructura de los grupos de personas mayores y cuidadores se muestra en la tabla 3.

La discusión se dividió en tres partes:

1) Discusión libre de CV. Los participantes discutieron de forma libre el concepto de CV, factores que eran importantes para la CV de las personas mayores, factores que influían en la CV, y que podían impactar de forma positiva o negativa, mejorarla o empeorarla.

2) Revisión del WHOQOL-100. Se entregó el cuestionario para evaluación y discusión, también se preguntó por la propuesta de nuevas preguntas para incorporar o añadir al cuestionario. Se pidió a los participantes que sugirieran otras preguntas, que pensaban no estaban contempladas en el cuestionario. Se preguntó si las preguntas eran importantes ó relevantes para la CV de las personas mayores, el porqué y si la formulación debía realizarse de forma diferente y/o debía contener algo más.

Finalmente, se revisaron y se discutieron las facetas y los ítems adicionales, y se preguntó:

¿Puede decir algo más sobre esto?

¿Cómo afecta esto la vida diaria de una persona? ¿Y la suya?

¿Puede hacer una pregunta como ejemplo?

B. Profesionales

El formato de los grupos con profesionales fue diferente a los de los grupos de personas mayores y familiares/cuidadores. Se pidió información sobre la CV de las personas mayores en general y de las personas mayores a su cargo; sobre la evaluación del impacto de diferentes factores en la CV; sobre el impacto de la información de la CV en la elección del tratamiento; percepción de la influencia del tratamiento en la CV, y evaluación de los cambios. Se solicitó sugirieran preguntas para incluir en el cuestionario; así como opinión de la estructura del cuestionario. La discusión se basó en los siguientes puntos:

¿Qué entiende por el término "calidad de vida"

¿Cuáles piensa que son los factores principales que contribuyen a la CV de una persona mayor?

¿Qué cosas pueden mejorar la CV?

¿Qué cosas pueden empeorar la CV?

Todos participantes firmaron la hoja de consentimiento informado y completaron un cuestionario que contenía información sociodemográfica. Otra información suplementaria recogida fue: fecha, lugar donde se realizó el grupo; duración; atmósfera del grupo y proble-

Tabla 3
Estructura de los grupos focales con personas mayores y cuidadores

Centro	Personas mayores	Cuidadores	Profesionales	Total
Barcelona	4	1	1	6
Bath	7	1	1	7*
Beer-Sheva	4	1	1	6
Budapest*	6	1	1	8*
Copenhague	4	1	1	6
Edinburgh	4	1	1	6
Ginebra	2	1	1	4
Izmir	4	1	1	6
Leipzig *	4	1	1	7 *
Montevideo	4		1	5
Oslo	4		2	6
Paris **	3			3
Porto Alegre	4	1	1	6
Prague	4	1	1	6
Seattle	4	1	1	6
Tokyo	4	1	2	7
Umea	4	1		5
Victoria				
Melbourne	4	1	1	6
Lithuania				

* realizaron grupos extra.



Tabla 5
Áreas mencionadas de forma espontánea en todos los grupos de personas mayores en la discusión libre de CV

Categorías del QoL	A. físicos	A. psicológicos	Independencia	Rel. Sociales Participación	Ambiente	Religión	Actividades
Barcelona	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bath	✓			✓			✓
Beer-Sheva	✓	✓		✓			✓
Budapest	✓	✓	✓	✓			✓
Copenague	✓	✓		✓			✓
Edinburgo	✓		✓	✓	✓		
Ginebra	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Guangzhou	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hong Kong	✓						
Izmir	✓		✓	✓			✓
Leipzig	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Montevideo	✓	✓		✓			
Oslo	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Paris	✓	✓	✓	✓			
Porto Alegre	✓			✓			✓
Praga	✓	✓		✓	✓		✓
Seattle	✓	✓	✓	✓			
Tokio	✓	✓		✓			✓
Umea	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Vilnius	✓	✓		✓	✓		✓

*El análisis está basado en informe de 20 centros (No se incluye Canadá ni Australia).



mas encontrados. Todos los grupos se completaron en menos de 2 horas (100-120 minutos). Todos los grupos se grabaron para transcribirse posteriormente, y poder ser analizados por temas. La información recogida en los centros de los grupos de opinión (transcripciones, documentación suplementaria e ítems sugeridos) fue enviada al centro coordinador (Edimburgo) para su análisis.

Resultados

Se realizaron 105 grupos focales en 19 centros, participaron más de 500 personas mayores, y más de un centenar de profesionales y cuidadores (Tabla 4).

En general, todos los grupos mencionaron de manera espontánea todas las áreas del WHOQOL-100, y opinaron que cubría la mayoría de aspectos importantes para la CV de las personas mayores. De igual manera, la mayoría de facetas fueron consideradas importantes para la CV de las personas mayores. Aspectos que enfatizaron fueron: salud, sentimientos (positivos – negativos), capacidad sensorial, autonomía; estructura familiar (dar y recibir apoyo/ayuda; hijos, nietos); amistades; incremento del tiempo libre (ocio / recreo), actividades, participación en la comunidad, participación social, actividad voluntaria; pensiones, economía, carestía de la vida; relaciones sociales, cambios sociales, respeto y reconocimiento; deficiencias en el sistema sanitario, falta de recursos sociales; pérdida de las personas queridas, soledad, dependencia; necesidad de adaptarse a los cambios. Las facetas mencionadas con menor frecuencia y/o a las que concedieron menor importancia fueron: actividad sexual, imagen corporal, capacidad de trabajo, oportunidades para aprender

cosas nuevas, y la religión. La Tabla 5 muestra la frecuencia con que se mencionó de forma espontánea las áreas en los centros. Se concretaron seis facetas nuevas: capacidad sensorial; autonomía; actividades pasadas, presentes y futuras; participación/ aislamiento; intimidad; y muerte / agonía.

Algunos problemas comentados en relación al WHOQOL-100 fueron: extensión del cuestionario, redundancia de algunas preguntas, formulación de algunas preguntas, y el período de 2 semanas de tiempo.

Discusión

El trabajo conjunto desarrollado de manera simultánea en 23 centros a nivel mundial ha demostrado que el cuestionario WHOQOL funciona bien en personas mayores. Solo necesita un módulo adicional que contiene facetas específicas y modificar algunas de las preguntas. La información de los grupos focales es importante, y confirma áreas o aspectos encontrados por otros autores en otros países (7; 3; 12; 2,11). La metodología del WHOQOL proporciona un enfoque único de desarrollo de instrumento que debe proporcionar una evaluación de CV estándar, de referencia para la evaluación de CV no solo en la comunidad europea sino a nivel internacional. Este enfoque único transcultural del WHOQOL-OLD, permite hacer comparaciones entre diferentes culturas y países. Proporciona un mayor entendimiento de las áreas donde alcanzar las mejores ganancias de CV.

Medidas como ésta permiten conocer el impacto de ciertas variables sociodemográficas (edad, género, estado civil); el impacto que tiene ciertos aspectos negativos como la enfermedad y la discapacidad, pero también el impacto que tienen otros aspectos, aspectos

positivos como participación y realización de actividades de voluntariado. El perfil del impacto de diferentes problemas o trastornos físicos y mentales, de diferentes poblaciones (cuidadores), de diferentes acciones (voluntariado) debe ser cuidadosamente interpretado en personas mayores y el WHOQOL y el módulo específico son instrumentos armonizados que permiten realizar tales distinciones.

Es decir, para formular la pregunta de cuál es el nivel de CV y cómo varía a lo largo de la vida de la per-

sona y en diferentes culturas, es esencial tener una medida genérica de CV que pueda ser utilizada en todas las poblaciones. Con el WHOQOL-OLD se pueden comparar de manera fiable, en estudios transversales, diferentes servicios y/o tratamientos, y en estudios longitudinales diferentes tratamientos y/o tipos de intervención (15). En definitiva, se espera que las actuaciones y los programas se centren o enfoquen cada vez más en identificar maneras de mejorar la CV de las personas mayores. ■

Referencias bibliográficas

- Andresen E, Rothenberg B, Panzer R, Katz P. & McDermott M. Selecting generic measure of health-related quality of life for use among older adults. *Evaluation and the Health Professions* 1998; 21 (2): 244-264.
- Blane D, Higgs P, Hyde M. & Wiggins R.D. Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science and Medicine* 2004; 58: 2171-2179.
- Bowling A, Banister D, Evans O, & Windsor J. A multidimensional model of quality of life in old age. *Aging and Mental Health* 2002; 6(4): 355-371.
- Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, Banister D, Sutton S. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int'l J. Aging and Human Development*, 2003; 56(4): 269-306.
- Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. Using the SF-36 and EuroQol on an elderly population. *Quality of Life Research* 1996; 5: 195-204.
- Buyts LR. Life in a retirement village: implications for contact with community and village friends. *Gerontology* 2001; 47(1): 55-9.
- Farquhar M. Elderly people's definitions of *Quality of Life*. *Soc Sci Med*, 1995; 41: 1439-1446.
- Fry PS. Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? *International Journal of Aging and Human Development* 2000; 50: 361-383.
- Hawthorne G, Davidson N, Quinn K., McCrate F., Winkler I., Lucas R., Kilian R., Molzahn A. & The WHOQOL-OLD Group. Issues in conducting cross-cultural research: implementation of an agreed international protocol designed by the WHOQOL Group for the conduct of focus groups eliciting the quality of life of older adults. *Quality of Life Research* 2006; 15(7): 1257-70.
- Hayes V, Morris J, Wolfe C. & Morgan M. The SF-36 Health Survey Questionnaire: Is it Suitable for use with Older Adults? *Age and Ageing* 24; 1995: 120-125.
- Hendry F. & McVite, C. Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qualitative Health Research* 2004; 14: 961-975
- Hilleras P.K., Jorm A.F., Herlitz A., & Winblad, B. Life satisfaction among the very old: A survey of a cognitively intact sample age 90 and over. *International Journal of Aging and Human Development* 2001; 52: 71-90
- Lucas Carrasco, R. Versión española del WHOQOL. Ed. Ergón, 1998.
- Power MJ, Bullinger M, Harper A. The WHOQOL Group. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in fifteen different cultural groups world-wide. *Health Psychology*, 1999; 18: 495-505
- Power M, Quinn K., Schmidt S & The WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research* 2005; 14: 2197-2214.
- Raphael D, Brown I, Renwich R, Cava M, Weir N, Heathcote K. Measuring the quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing. *Int Journal of Nursing Studies* 1997; 34(3):231-9.
- The WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 1993; 2: 153-159.
- The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument: The WHOQOL. In J. Orley & W. Kuyken (Ed.). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*, 1994: 41 -57. Heidelberg: Springer.
- The WHOQOL Group. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine* 1998; 28: 551-558.
- The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine* 1998; 46: 1569-1585.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-83.
- World Health Organization. Report of WHOQOL Focus Group Work. Geneva: WHO 1993 (MNH/PSF/93.4).
- World Health Organization. WHOQOL Study Protocol. Geneva: WHO 1993 (MNH/PSF/93.9).
- Agradecimientos: A todos los participantes de los grupos: personas mayores, familiares y profesionales. Y a todos los profesionales que han participado de una manera u otra, de forma desinteresada a lo largo del Proyecto.
- Financiación. El Proyecto WHOQOL-OLD estuvo financiado por la Comisión Europea, V Programa Marco, QLRT-2000-00320.
- El Grupo WHOQOL-OLD estuvo formado por: Prof. M. Power, K. Quinn (Universidad de Edinburgo, UK); Dr. R. Lucas (Institut de l'Envellement, Barcelona, España); Prof. S. Skevington (Universidad de Bath, UK); Prof. M. Amir*, Dr. Y. B. Ya'acov, T. Narkiss-Guez (Universidad Ben Gurion de Negev, Beer-Sheva, Israel); Prof. L. Kullman (Instituto Nacional de Rehabilitación Médica, Budapest, Hungría); G. Bech-Anderson (Hospital General Fredriksborg, Copenhague, Dinamarca); Prof. Ji-Qian Fang (Universidad de Ciencias Médicas Sun Yat-Sen, Guangzhou, China); Prof. G. Hawthorne (Universidad de Melbourne, Australia); Prof. M.C. Angermeyer, Dr. H. Matschinger, I. Winkler (Universidad de Leipzig, Alemania); Dr. M. Kalfoss (Universidad de Bergen, Oslo, Noruega); Dr. E. Dragomirecka (Centro Psiquiátrico de Praga, República Checa); Dr. M. Tazaki (Universidad de Tokyo, Japón); Prof. M. Eisemann (Universidad de Tromsø, Noruega), B. Nygren (Universidde nuestras poblaciones.

Perspectivas para la investigación en calidad de vida en Latinoamérica¹

Montserrat Ferrer

Doctora en Medicina y Master en Salud Pública. Investigadora de la Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM). Hospital del Mar. Barcelona, España

Las medidas de calidad de vida se han producido mayoritariamente en los países anglosajones y, por lo tanto, los cuestionarios se han desarrollado en inglés. Esto sitúa a todos los países latinoamericanos en una situación particular: existe una dificultad inicial para la investigación en calidad de vida porque es necesario obtener estos cuestionarios. Por todo ello, la primera pregunta que debemos planteamos es: ¿Disponemos de cuestionarios para medir la calidad de vida relacionada con la salud en nuestros países?

En general lo que se ha hecho hasta ahora es adaptar los cuestionarios que se habían desarrollado en países anglosajones o desarrollar algunos instrumentos nuevos. El desarrollo de instrumentos nuevos es difícil y más costoso, por lo que la estrategia seguida se ha basado casi exclusivamente en la adaptación de cuestionarios originalmente desarrollados en Estados Unidos o en Europa, la mayoría de ellos en idioma inglés. La primera fase del proceso de adaptación para obtener una nueva versión en español para ser utilizada en España o en otros países de América Latina, creo que es una primera fase que ya está muy consolidada. En todos los países prácticamente hay grupos que han colaborado en adaptaciones lingüísticas y que tienen conocimientos y experiencia para seguir los procedimientos estandarizados que se aconsejan para obtener versiones en español, que sean producto de un proceso de adaptación lingüística adecuada. Sin embargo existe una segunda fase que no se debería obviar que es la que consiste en estudiar las características métricas de la nueva versión adaptada y su comparación con el cuestionario original para comprobar que la nueva versión es equivalente. Creo que respecto a esta segunda fase, a diferencia de la primera que está muy consolidada, todavía queda mucho por hacer. Hay además grandes variaciones según país, según el tipo de instrumento, a grandes rasgos entre los instrumentos genéricos y los específicos. Por otro lado, las grandes empresas especializadas en la adaptación lingüística de cuestionarios como Mapi Research Institute, entre muchas otras que existen actualmente, han hecho que dispon-

gamos de un importante número de versiones en español de cuestionarios para su uso en diferentes países. Además estas versiones han sido realizadas siguiendo un proceso de adaptación lingüística de elevada calidad, pero sin realizarse en muchos casos la segunda fase que es en la que se evalúan las características métricas de la nueva versión adaptada. Intentando contestar a esta primera pregunta respecto a si disponemos de cuestionarios para medir la calidad de vida relacionada con la salud en nuestros países, diría que disponemos ya de muchísimos cuestionarios para los países latinoamericanos pero que falta evaluar las características métricas de muchos de los instrumentos en diferentes países.

La pregunta que viene a continuación es, ¿cómo identificamos y cómo obtenemos los cuestionarios de calidad de vida que necesitamos para cubrir nuestro interés específico? Actualmente la solución más rápida y más eficaz son las bases de datos que existen de cuestionarios, el paradigma es PROQOLID. Pero estas bases de datos acostumbran a tener una parte de libre acceso, y otra parte con información más ampliada mediante suscripción. Realizar esta suscripción no es muy costoso para instituciones especializadas en la medida de la calidad de vida, pero es un coste que la gran mayoría de grupos que van a hacer un estudio en clínica, no pueden asumir. La alternativa es la búsqueda en Pubmed. Sin embargo, para los países latinoamericanos Pubmed tiene el problema de que es una buena fuente para buscar las versiones originales desarrolladas, es decir, los artículos donde se describe el desarrollo de un nuevo instrumento, pero no es tan adecuado para identificar las versiones que hay de cada país. Estas versiones adaptadas muchas veces no se publican o se publican en revistas no indexadas o en resúmenes de congresos. Este es un problema adicional que tienen en común todos los países que trabajan mayoritariamente con versiones adaptadas. En España, intentando dar respuesta a este problema se ha desarrollado BiblioPRO, una librería virtual de acceso libre y gratuito cuyo objetivo principal es ayudar a identificar y a obtener todos los cuestionarios disponibles en español. Hasta el momento, toda la

1. Esta presentación se basa en la ponencia que la Dra. Montserrat Ferrer realizó en la 3ª Reunión Iberoamericana de Calidad de Vida relacionada con la Salud, realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires el 26 de agosto de 2006.



información incluida es sobre cuestionarios en español para uso en España. Sin embargo, el objetivo final natural es incluir también todos los cuestionarios en español para uso en países de Latinoamérica. Resumiendo, creo que se puede responder a la pregunta planteada, señalando que la gran cantidad de cuestionarios existentes hace muy difícil encontrar e identificar aquel que buscamos con los medios que ahora disponemos, pero que hay iniciativas en marcha como la mencionada de BiblioPRO, que pueden facilitar todo este proceso en un futuro no muy lejano, acercando dichos instrumentos a los investigadores, clínicos y gestores que los necesiten.

Y ya para terminar, la última pregunta relevante en este campo es: ¿cómo se interpretan los resultados y los cuestionarios de calidad de vida? Por una parte la complejidad de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones, y de cómo interpretarlas, y por otra parte, la elevada variabilidad existente actúan como barreras para la extensión del uso adecuado de estos instrumentos. Existen desde cuestionarios clínicos que con un simple conteo permiten calcular la puntuación, y es relativamente fácil interpretarlos, hasta cuestionarios que requieren de un procesador estadístico para obtener la puntuación. Además, los instrumentos más sofisticados, como el SF-36, con gran cantidad de puntuaciones posibles (estandarizadas, no estandarizadas, dimensiones, sumarios), necesitan un manual para la correcta inter-

pretación de la puntuación. Por lo tanto, disponer de toda la información respecto a las puntuaciones, no siempre tarea fácil, es una primera condición para la correcta interpretación. La librería virtual BiblioPRO u otras herramientas parecidas, podrían llegar a ser ayudas importantes en este paso. En otro nivel, cabe mencionar las estrategias que se han desarrollado para la interpretación de las puntuaciones. De las cuales nombraría dos que son de las más importantes y extendidas: las normas de referencia poblacionales en los cuestionarios genéricos, y el cambio mínimo clínicamente relevante en los cuestionarios específicos. Para ambas estrategias es necesario llevar a cabo estudios en el país donde se va a utilizar el cuestionario. La parte negativa es que para los estudios de normas poblacionales se necesita una muestra representativa del país, siendo por ello estudios difíciles y costosos, para los que no es fácil encontrar la coyuntura política, social y económica para poder llevarlos a cabo. Sin embargo, despiertan también mucho entusiasmo y hay países que ya lo han logrado o ya han iniciado este tipo de estudios en Latinoamérica.

La obtención de las normas de referencia poblacional proporcionaría el marco adecuado para la interpretación de las puntuaciones obtenidas para distintos subgrupos y ésta información puede transformarse en un valioso recurso para la clínica, la investigación y la planificación de las intervenciones en salud. ■

Calidad de vida en niños y adolescentes¹

Luis Rajmil

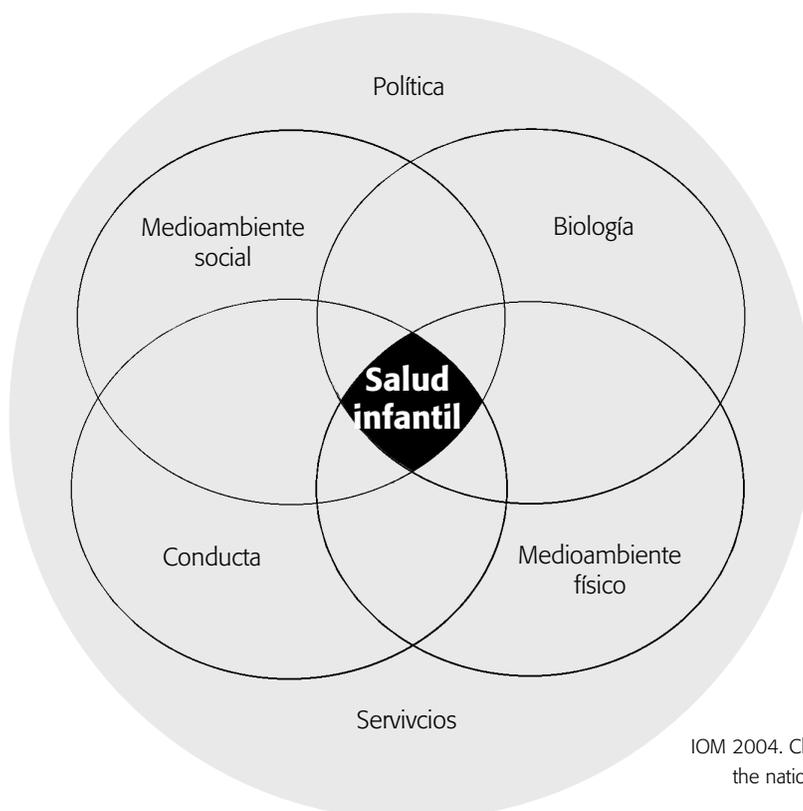
Doctor en Medicina, especialista en Pediatría y en Medicina Preventiva y Salud Pública Master en Salud Pública en la Universidad de Barcelona. Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios del Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM). Hospital del Mar y en la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. Barcelona, España.

Los propósitos de esta presentación son: 1) mostrar diferencias en el abordaje de la calidad de vida del niño respecto del adulto ya que, muchas veces en muchos sentidos, se ha tratado al niño como un adulto en miniatura, desde el punto de vista biomédico; 2) presentar algunos avances en el desarrollo y aplicación de

las medidas de la calidad de vida en la infancia y en la adolescencia; y 3) mencionar algunas limitaciones.

Vamos a comenzar tomando un modelo de salud infantil, de los múltiples que hay. Por ejemplo este del Institute of Medicine publicado en el año 2004 (Cuadro1).

Cuadro 1
Factores que influyen la salud infantil



1. Esta presentación se basa en la ponencia que el Dr. Luis Rajmil realizó en la 3ra Reunión Iberoamericana de Calidad de Vida relacionada con la Salud, realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires el 26 de agosto de 2006.

Es un modelo multifactorial donde la biología, el medio ambiente físico, la conducta, el ambiente social forman una múltiple causalidad, y donde también influye la política en los servicios sanitarios. Esto podría ser muy parecido en los adultos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el desarrollo de los niños hace que estos factores interactúen y cambien en el tiempo. La misma interacción entre un factor y otro es variable en el tiempo (Cuadro 2).

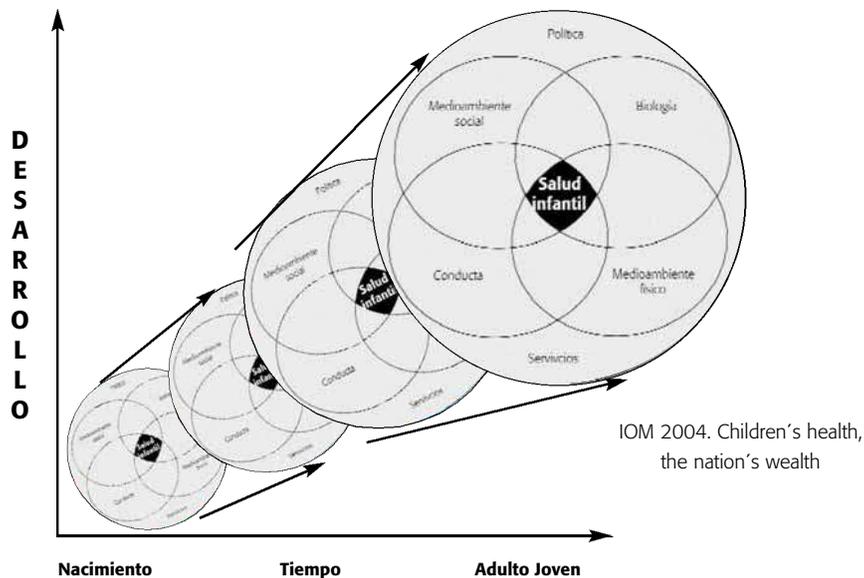
Esta imagen gráfica en espiral ayuda a comprender este tipo de modelo. Por lo tanto cuando se quiere medir calidad de vida relacionada con la salud infantil se ha de tener en cuenta este tipo de factores, y además se ha de tener en cuenta que hay más diferencias con respecto a la del adulto. En los niños el desarrollo funcional, la autonomía, la adquisición de conductas y la toma de decisiones por sí mismo versus diría, el funcionamiento, la pérdida de función del adulto (Cuadro 3).

En el niño, a más pequeño, más inespecífica la respuesta, más difícilmente diferenciables los aspectos relativos a "mente-cuerpo". Cuando se pretenden operacionalizar las medidas, las dimensiones van a ser un poco diferentes. Además de todo esto, nos encontramos con un paradigma biomédico muy utilizado que afirma que la mayoría, por no decir todos, los niños

son sanos. Esta afirmación, que se suele utilizar con frecuencia, no sé si es generalizable a muchos países pero es al menos una excusa de gestores o administradores sanitarios cuando se trata de la distribución de recursos a la salud infantil. Es verdad que si miramos la mortalidad y morbilidad en edad escolar y en la adolescencia hay un porcentaje muy pequeño y las tasas de morbimortalidad o de ingresos hospitalarios son menores en estas edades que para el resto. Pero depende mucho si miramos desde una conceptualización biomédica o si miramos las necesidades psicosociales. Podemos llegar a encontrar que el 50% de la población tiene necesidades en salud (Cuadro 4).

Hay un interés creciente, tanto en la comunidad científica como en la sociedad en general, por estudiar la calidad de vida relacionada con la salud y los niños se van incorporando poco a poco al estudio de la calidad de vida. En una revisión que hemos hecho de los instrumentos de la calidad de vida infantil y de adolescentes publicados en el período 1980-2000 y 2001-2005 (Cuadro 5), hemos visto que en el primer período se ha publicado un número similar de instrumentos genéricos (es decir aquellos que intentan captar todas las dimensiones de la salud infantil, sin dirigirse a ninguna enfermedad en especial) que de instrumentos

Cuadro 2
Nuevo modelo de salud infantil y sus influencias



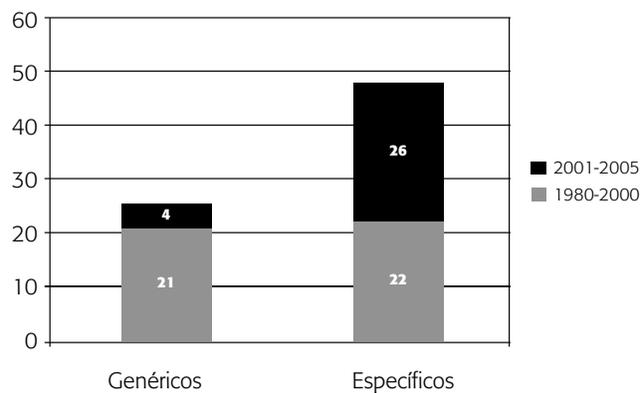
Cuadro 3
CVRS en niños/as vs adultos

Desarrollo funcional y autinimía	vs	funcionamiento (dependencia)
Respuesta inespecífica	vs	respuesta específica
Ambiente escolar y familiar	vs	entorno laboral

Cuadro 4
Medida de salud en la infancia y adolescencia según el concepto de salud utilizado

Modelo de salud	% niños/as = "sanos/as"
Biomédico-diagnóstico	95 %
Estados funcional	95 %
Riesgos	80 %
Perfiles de salud	50 %

Cuadro 5
Instrumentos de CVRS infantil publicados entre 1980-2000 y 2001-2005 (n=73)



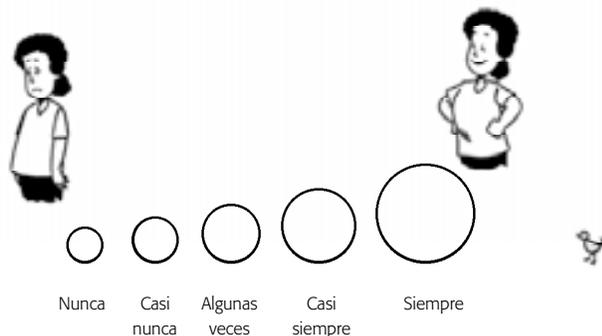
Fuente: Revisión sistemática de la literatura sobre CVRS infantil. Elaboración propia.

Cuadro 6
Características de los instrumentos de CVRS infantil

- ✓ Menor edad límite para cuestionarios autoadministrados (5-6 años)
- ✓ Diferentes versiones según grupos de edad
- ✓ Énfasis en la opinión de los "proxies" → desarrollo de versiones paralelas para madres / padres
- ✓ Desarrollo de cuestionarios administrados a madres / padres desde edad preescolar (PedsQoL, ItQoI)

Cuadro 7
Características de los instrumentos de CVRS infantil

¿Cuántas veces te sientes muy orgulloso u orgullosa de ti mismo/a?



CHIP-CE: Dimensión Satisfacción

Fuente: Riley A, et al. Med Care 2004

específicos (es decir, aquellos que estudian alguna enfermedad o condición en particular). Y entre 2001 y 2005, se ha más que duplicado el número pero sobre todo a expensas de los cuestionarios específicos, es decir, hay aparentemente un interés, al menos en la comunidad científica, de estudiar niños con problemas de salud y discapacidad.

Todos los instrumentos nuevos publicados han incorporado las técnicas psicométricas modernas y también técnicas cualitativas de análisis que han permitido mejorar sus características. Una de las novedades es que tenemos más idea de cuál es la edad límite en la cual se pueden administrar cuestionarios aunque sean auto-administrados; es alrededor de los seis años (Cuadro 6).

La mayoría de los cuestionarios nuevos recientemente publicados tiene diferentes versiones para diferentes grupos de edad aunque los modelos, los conceptos y las dimensiones que midan sean los mismos. De todas formas todavía se hace mucho énfasis en la opinión de lo que denominan "proxies", de quién se recoge la información. Por ejemplo, de 26 cuestionarios recientemente publicados, once recogen la información de las madres o los padres en unas edades en que no sería necesario porque está demostrado que ya podrían responder los niños; en estos casos, al menos deberían desarrollar las dos versiones. También hay cuestionarios desarrollados para edades más bajas, para edad escolar, para estudiar la calidad de los resultados en salud y de las intervenciones sanitarias.

Un ejemplo de estrategias que permiten mejorar la administración de cuestionarios en niños de edad escolar es, por ejemplo, el Child Health and Illness Profile (CHIP-CE) (Cuadro 7), el perfil de salud infantil, una versión para niños de 6 a 11 años que se administra en colegios básicamente. Se ha desarrollado con una figura ilustrativa que ayuda a mejorar la comprensión de las preguntas y que incluye la respuesta en círculos graduados que mejora y que permite obtener una respuesta aceptablemente fiable y válida en edades tan pequeñas como los 6 años.

Respecto a las propiedades psicométricas de estos cuestionarios la mayoría ha evaluado la fiabilidad y la consistencia interna y algún aspecto de su validez, por lo general la que se llama validez de constructo. Respecto de los cuestionarios genéricos infantiles, el rango de dimensiones es muy amplio, de dos a 17, así como el número de preguntas. Quizás esto muestra una falta de consenso de qué queremos medir y cómo se conceptualiza la calidad de vida en niños. Respecto a los cuestionarios genéricos los que sí miden dimensiones o conceptos o constructos de salud que son muy importantes para niños y adolescentes, como ser la autoestima y la imagen corporal que en determinadas edades pueden ser aspectos determinantes de problemas de salud. El bienestar emocional también es un aspecto muy importante en esa edad, y luego, los aspectos sociales, como son la relación con los compañeros, con sus pares, y el ambiente escolar. Con respecto a los cuestionarios específicos abordan problemas de salud diferentes. Algunos son enfermedades frecuentes, como el asma, otras muy poco frecuentes como la fibrosis quí-

tica o la hemofilia y algunos síntomas y problemas de salud. Las características son bastante similares a las de los cuestionarios genéricos: amplio rango de dimensiones y número de preguntas y en cuanto a las dimensiones que miden los cuestionarios específicos, en este caso creo que son más parecidas a lo que sucede en los adultos, es decir, síntomas específicos de la enfermedad que permiten mejorar la sensibilidad de los cuestionarios a los cambios (Cuadro 8).

Por lo tanto, permiten detectar cambios menores o identificar más fácilmente los cambios relacionados al tratamiento, la inclusión o exclusión social debido a la enfermedad y el impacto de la enfermedad y del tratamiento. En general diría que los avances de los últimos estudios de cuestionarios publicados en calidad de vida en niños han dado información sobre cómo evaluar el impacto de la enfermedad y la discapacidad sobre la salud percibida; el establecimiento de comparaciones entre diferentes grupos o subgrupos de la población; la evaluación de la efectividad de las intervenciones sanitarias y también el hecho de tener en cuenta la opinión de los propios niños (Cuadro 9).

Un ejemplo de evaluación de la discapacidad y su relación con la calidad de vida es el desarrollo del KIDSCREEN-52. El KIDSCREEN-52 es un cuestionario europeo desarrollado en trece países simultáneamente, tiene cincuenta y dos preguntas y diez dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, auto-percepción, autonomía, relación con los padres, amigos y relaciones sociales, ambiente escolar, aceptación y rechazo social y recursos económicos. El estudio de su validez se realizó relacionada con una medida de discapacidad muy utilizada a nivel poblacional, los días de colegio perdido por problemas de salud. En este ejemplo (Cuadro 10) el KIDSCREEN-52 está respondido por niños y adolescentes de 8 a 18 años y los días de colegio perdidos fueron registrados desde la respuesta de los padres. La media de la población está estandarizada en 50 y a mayor puntuación, mejor calidad de vida. Se ha estratificado la variable días de colegio perdidos en tres categorías: los que no declaran días perdidos: los que declaran entre 1 a 14 días perdidos, y los que declaran de 15 a 28 días. Aquellos cuyos padres no declararon días de colegio perdido muestran mejor calidad de vida relacionada con la salud en todas las dimensiones. Entre los que no declaran y los que declaran todo el mes se pueden observar algunas diferencias que en algunos casos, como en las dimensiones de bienestar físico, bienestar psicológico y estado de ánimo, las diferencias son importantes.

De la medición de cuestionarios desarrollados en los últimos años podríamos criticar que habría que intentar impulsar la participación de los propios niños, sobre todo en el desarrollo de cuestionarios (Cuadro 11).

También una cuestión que es bastante común en el caso de adultos pero es específico de niños, que al haber un tiempo menor de desarrollo de esta clase de cuestionarios, es la dificultad para establecer un balance entre el número de preguntas (o ítems) que se recogen y los conceptos que se quieren medir. Pocos de los instrumentos

Cuadro 8**Características de los instrumentos específicos de CVRS infantil**

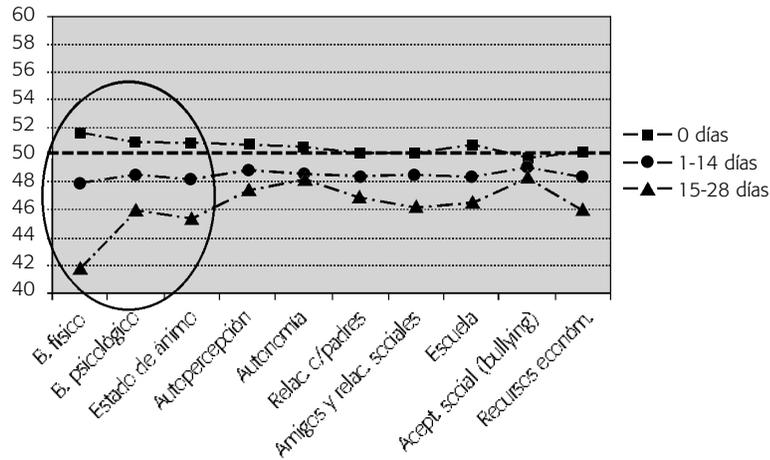
Dimensiones (rango 2-11) y número de preguntas (5-178)

- ✓ Síntomas específicos de la enfermedad: Debido a tu asma: ¿has notado que te quedabas sin aire? (PAQLQ)
- ✓ Inclusión/exclusión social: ¿Te resulta fácil hablar de tu enfermedad? ¿Te sientes solo debido a tu enfermedad? (DISABKIDS)
- ✓ Impacto de la enfermedad y su tratamiento: Tener que ponerme inyecciones me fastidia (HaemoQol)

Cuadro 9**Usos e interpretaciones de la medida de CVRS en niños/as**

- ✓ Evaluar el impacto de la enfermedad y la discapacidad sobre la salud percibida y la CVRS
- ✓ Comparar la CVRS en niños/as y adolescentes con problemas específicos de salud con respecto a la población general de la misma edad y género
- ✓ Evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias
- ✓ Tener en cuenta la percepción de los propios niños/as además de la de sus "proxies"

Cuadro 10
Días de colegio perdidos en las últimas 4 semanas y CVRS. Niños/as y adolescentes de 8-18 años. (KIDSCREEN-52)
 (N=15.540-15820)



Cuadro 11
Limitaciones y retos futuros de la medida de CVRS infantil

Problemas metodológicos

- ✓ Poca participación de la población diana en el desarrollo de los cuestionarios
- ✓ Dificultades para establecer un balance entre el número de ítems y los conceptos que se pretenden medir
- ✓ Pocos instrumentos han evaluado la estabilidad test-retest, sensibilidad a los cambios, validez estructural

han evaluado la estabilidad test-retest, y la sensibilidad a los cambios así como la validez estructural de los cuestionarios. Un hecho prometedor que puede cambiar el uso de las medidas de calidad de vida en niños es la aplicación de entrevistas asistidas por ordenador. En la mayoría de los países desarrollados la mayoría de los niños aprende a manejar la computadora mucho antes que a leer y a escribir. Esto podría facilitar la administración de cuestionarios y quizás incluso hasta a niños por debajo de los seis años. Otro aspecto también prometedor es el uso del banco de ítems que permitiría

reducir el número de preguntas para llegar a una evaluación única, conceptual y métrica de la calidad de vida en niños que es tan importante sobre todo cuando la pretendemos recoger en niños tan pequeños. Finalmente quería decir que aparte de definir mejor la calidad de vida en la población infantil y de mejorar la precisión de la medida creo que no hemos de olvidar que el objetivo o la meta final en la medida de la calidad de vida y salud infantil es intentar identificar las necesidades en salud y de alguna manera intentar disminuir las desigualdades en salud. n



el rescate y la memoria

Estudio sobre las casas de inquilinato de Buenos Aires*

Guillermo Rawson

El Dr. Guillermo Rawson (24 de junio de 1821 - 20 de enero de 1890) fue médico, estadísta, orador e higienista de la Argentina. Graduado de doctor en medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1844, se interesó por la política. En 1853 fue preso por ser opositor a Nazario Benavidez, el caudillo y gobernador de facto de San Juan. En los siguientes años fue convencional del Congreso de Paraná, y en 1862 fue ministro del Interior en el gobierno de Bartolomé Mitre. Rawson fue el primer profesor de higiene del país. Con él se iniciaron los estudios de esta disciplina, en especial con carácter social y vinculados con el aspecto demográfico. Sus lecciones, editadas en París en 1876, se ocupaban en especial de los problemas de higiene en la Argentina y en particular de Buenos Aires. En ese mismo año participó de un Congreso en Filadelfia realizado durante la Exposición del Centenario de EE.UU., presentando su trabajo Estadística vital de la ciudad de Buenos Aires, un desarrollo muy importante para la época. De igual valor es su memoria sobre Las casas de inquilinato en la ciudad de Buenos Aires que trata sobre las condiciones de vida de los conventillos de la época. Rawson estuvo un año en París en 1881 para un tratamiento médico, para luego retornar a la Argentina. Volvió a Francia para tratamientos posteriores en 1885, y falleció en París en 1890.



*RAWSON, G., 1891. Casa de inquilinato. En: *Escritos y Discursos del Dr. Rawson* (A. T. Martínez, org.), pp. 108-150, Buenos Aires: Imprenta y Librería Mayo.

Entre los problemas sociológicos y económicos que se relacionan estrechamente con la Higiene Pública, pocos hay que puedan compararse en importancia con el que se refiere a las habitaciones de los trabajadores y de los pobres, no sólo del punto de vista filantrópico, por lo que concierne a los necesitados, sino del de los intereses de la comunidad, en cuanto se relacionan con la salud y con la vida.

Acomodados holgadamente en nuestros domicilios, cuando vemos desfilar ante nosotros a los representantes de la escasez y de la miseria, nos parece que cumplimos un deber moral y religioso ayudando a estos infelices con una limosna; y nuestra conciencia queda tranquila después de haber puesto el óbolo de la caridad en la mano temblorosa del anciano, de la madre desvalida o del niño pálido, débil y enfermizo que se nos acercan.

Pero sigámoslos, aunque sea con el pensamiento, hasta la desolada mansión que los alberga; entre ellos con ellos a ese recinto oscuro, estrecho, húmedo e infecto donde pasan sus horas, donde viven, donde duermen, donde sufren los dolores de la enfermedad y donde alcanza la muerte prematura; y entonces nos sentiremos conmovidos hasta lo más profundo del alma, no sólo por la compasión intensísima que ese espectáculo despierta, sino por el horror de semejante condición.

De aquellas fétidas pocilgas, cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan los gérmenes de las más terribles enfermedades, salen esas emanaciones, se incorporan a la atmósfera circunvecina y son conducidas por ella tal vez hasta los lujosos palacios de los ricos.

Un día, uno de los seres queridos del hogar, un hijo, que es un ángel a quien rodeamos de cuidados y de caricias, se despierta ardiendo con la fiebre y con el sufrimiento de una grave dolencia. El corazón de la madre se llena de ansiedad y de amargura; búscase sin demora al médico experimentado que acude presuroso al lado del enfermo; y aquél declara que se trata de una fiebre eruptiva, de un tífus, de una difteria o de alguna otra de esas enfermedades zimóticas que son el terror de cuantos las conocen. El tratamiento científico se inicia; el tierno enfermo sigue luchando con la muerte en aquella mansión antes dichosa, y convertida ahora en un centro de aflicción; el niño salva, en fin, o sucumbe bajo el peso del mal que lo aqueja.

¿De dónde ha venido esa cruel enfermedad?. La casa es limpia, espaciosa, bien ventilada y con luz suficiente según las prescripciones de la higiene. El alimento escogido y su uso ha sido cuidadosamente dirigido. Nada se descubre para explicar cómo ese organismo, sano y vigoroso hasta la víspera, sufriera de improviso una transformación de esta naturaleza. El enfermo ha sanado quizá, y damos gracias al cielo y al médico por esta feliz terminación; o ha muerto dejando para siempre en el alma de la familia el duelo y el vacío; pero no investigamos el origen del mal; las cosas quedan en las mismas condiciones anteriores y los peligros persisten para los demás.

Acordémonos entonces de aquel cuadro de horror que hemos contemplado un momento en la casa del pobre. Pensemos en aquella acumula-

ción de centenares de personas, de todas edades y condiciones, amontonadas en el recinto malsano de sus habitaciones; recordemos que allí se desenvuelven y se reproducen por millares, bajo aquellas mortíferas influencias, los gérmenes eficaces para producir las infecciones, y que ese aire envenenado se escapa lentamente con su carga de muerte, se difunde en las calles, penetra sin ser visto en las casas, aún en las mejor dispuestas; y que aquel niño querido, en medio de su infantil alegría y aun bajo las caricias de sus padres, ha respirado acaso una porción pequeña de aquel aire viajero que va llevando a todas partes el germen de la muerte.

Este cuadro, que parece una fantasía, es, sin embargo, la fiel traducción de los hechos como los estudia la ciencia y los confirma la experiencia. Y esto es así, la sociedad entera, los ricos y los poderosos, lo mismo que los pobres y desgraciados, están solidariamente interesados en suprimir con todas sus fuerzas esos focos de infección, que desde las profundidades de la miseria envían tal vez la muerte para castigar la indiferencia de los que viven en la opulencia de las capas sociales superiores.

No pretendemos sugerir remedios para la supresión del pauperismo. Es un hecho a que está condenada la sociedad por causas que la ciencia económica consigna; pero, dado el hecho en cualquiera de sus formas, es, no sólo un derecho, sino un deber imperioso el buscar los medios para atenuar los efectos deletéreos de esa calamidad social. No basta acudir con la limosna para socorrer individualmente la miseria; no basta construir hospitales y asilos de pobres y mendigos; no basta acudir con los millones para subvenir a estos infortunios accidentales en aquella clase deprimida de la sociedad. Es necesario ir más allá; es preciso buscar al pobre en su alojamiento y mejorar las condiciones higiénicas de su hogar, levantando así su vigor físico y moral, sin deprimir su carácter y el de su familia humillándolos con la limosna.

Cuando hablamos del pobre en este extremo de miseria, lo presentamos en el límite de su decadencia; pero, para llegar a esta profunda desdicha, ha debido seguir un camino descendente desde el nivel modesto del trabajador que tiene que ganar su vida con el sudor de su rostro; e importa notar en cuánto ha influido el lugar malsano que habita para conducirlo a tan lastimosa condición.

Ese obrero, gozando todavía de la plenitud de su fuerza, se alberga con su familia en alguna de esas casas de inquilinato, y ocupa en ella, con el grupo que lo rodea, uno de esos recintos húmedos y oscuros que se cuentan por millares en las casas que llevan aquel nombre. El trabajador después de haber gastado la energía de sus músculos en la tarea de cada día, vuelve al seno de su hogar buscando el descanso de la noche. ¿Qué sueño profundo y reparador le será posible bajo aquellas condiciones insanas?. Cada inspiración de ese infeliz lleva a sus pulmones, a su sangre, a su cerebro y a todos sus órganos el veneno latente suspendido en el aire impuro que lo rodea; y en vez del reposo sufre las influencias perniciosas derivadas de esa causa, que debilita los procesos orgánicos de su nutrición y de su vida. Al día siguiente

ese padre de familia se levanta repugnando el trabajo por la postración ocasionada en el reposo imperfecto de la noche y por ese envenenamiento lento a que ha sido sometido por tantas horas. Siente que necesita volver a sus tareas; pero siente también que su cerebro y sus músculos no están habilitados para hacerles frente; y por instinto acaso, o por la experiencia de otros, comprende que necesita estimular artificialmente los resortes de su vigor postrado, recurriendo probablemente con ese fin al uso de los estimulantes alcohólicos. El primer efecto es el de una excitación pasajera, bajo cuyo influjo el obrero puede volver a sus ocupaciones; pero este efecto es transitorio e incompleto; y sucede a menudo, por las mismas causas de un día, que se hace necesario en el siguiente y en los sucesivos, el uso del alcohol en cantidades crecientes por lo común; y este infeliz trabajador, honrado, deseoso de cumplir con sus obligaciones para consigo mismo, para con su familia y para con la sociedad a que está incorporado, va degradándose física y moralmente por la habitud contraída, hasta que termina después de algunos años de lucha en uno de esos extremos miserables, en el delirium tremens, en el hospital y en la muerte.

La esposa sufre en la misma proporción los inconvenientes de aquella vida. Débil e incapaz de subvenir por sí misma a las necesidades que pesan sobre su responsabilidad para sí y para sus niños, se arrastra poco a poco en esa lucha dolorosa, busca y halla trabajo fuera del hogar, y vuelve en la noche para encontrar quizá a sus hijos desolados, nerviosos, tal vez enfermos y convulsos; todo ello porque esas criaturas no tuvieron en el día aire puro y sano que respirar, ni recibieron sino en limitados momentos la luz del sol vivificante que todos necesitan.

He aquí la verdad de un hecho que puede comprobarse a cada instante. Y cuando se piensa que no son unidades limitadas en número las que sufren en esta forma y con tal intensidad, sino que se cuentan por millares y por docenas de millares, aún en ciudades que empiezan a desenvolverse como la nuestra, es preciso mirar al porvenir y contemplar como un peligro gravísimo que puede hacerse sentir hasta las raíces de la sociedad, la masa creciente de esos seres infortunados que viven para sufrir y que no alcanzan más descanso que el de la muerte.

Conviene conocer las cifras por las cuales está representada ésta que nosotros llamamos una calamidad pública, y la progresión en que esas cifras se desenvuelven en la ciudad de Buenos Aires.

En el año 1880, según la estadística prolija levantada por la Municipalidad, el número de casas de inquilinato era de 1.770; las habitaciones contenidas en ellas eran 24.023, y el número de habitantes alojados era 51.915.

Esta cifra es muy considerable, seguramente, en cuanto al número de inquilinos, pero falta estudiar el progreso en que su número se ha desarrollado en lo sucesivo.

En 1883, según la estadística derivada de la misma fuente oficial, teníamos 1868 casas de inquilinato con 25.645 habitaciones que estaban ocupadas por 64.126 habitantes.

El aumento de las casas en los tres años fue de 5.5%, el de las habitaciones contenidas fue de 6.7%; mientras que su población se acrecentó en ese mismo tiempo a razón de 23.5%.

Es alarmante sobremanera este rápido crecimiento de la población de los inquilinatos; y siguiendo la misma progresión esos factores presentarán sucesivamente las cifras siguientes que importa consignar:

De suerte que dentro de ocho años, el número de habitantes en las casas de inquilinato será de 120.847 y las habitaciones que ocuparán serán sólo 31.152; y para cada uno de esos cuartos que ahora consideramos estrechos y malsanos, habrá de tres a cuatro habitantes, entre los cuales figurarán hombres y mujeres, adultos y niños de ambos sexos, mezclados todos en grupos informes, cuya vida tiene que producir una degradación física con todos sus dolores y sus tormentos, y una escuela de corrupción y de inmoralidad.

No debe olvidarse al mismo tiempo una circunstancia que agrava ahora y agravará más en lo sucesivo tan triste situación, y es que algunas habitaciones están ocupadas tan sólo por una o dos personas; que algunas familias más favorecidas ocupan tres o cuatro piezas cada una; de manera que el resto de la población de aquellas casas está agrupado en mucho mayor número por cada pieza; y que esta acumulación, como hemos tenido oportunidad de verlo muchas veces, llega hasta colmar en su totalidad la superficie hábil del cuarto, principalmente durante la noche.

Basta tomar en consideración la forma en que se desarrolla la población en países nuevos, como lo demuestra la estadística de Buenos Aires. Una corriente de inmigración, compuesta en su mayor parte de trabajadores pobres, viene a instalarse aquí. Pasan algunos a las Provincias, llamados por las industrias que allí se desenvuelven; pero gran parte quedan en esta ciudad, no sólo por evitarse viajes y problemas de dudosa solución, sino porque en realidad las industrias urbanas se desenvuelven aquí con actividad, reclamando un número de trabajadores cada vez mayor, y ofreciéndoles una remuneración satisfactoria.

¿Dónde se alojan estos recién venidos? No hay casas esperándolos para albergarlos; el número de las que existen en el municipio es escaso ya para la población actual, puesto que, para los trescientos mil habitantes que la ciudad tenía probablemente en 1882, sólo había 22.500 casas, lo que da catorce habitantes para cada una.

En 1883 se han construido 706 casas, lo que es un aumento de tres por ciento sobre las del año precedente, mientras que la población se calcula aumentada en un cuatro por ciento, por lo menos.

No hay, pues, holgura para el alojamiento de los que llegan; y éstos, como es natural, y como se verifica en todas partes donde este fenómeno inmigratorio tiene lugar, van a buscar las casas baratas, los cuartos estrechos porque son baratos, y donde la acumulación de los inquilinos permite

	Casa	Habitaciones	Habitantes	Para cada Habitación
1880	1770	24.023	51.915	2,1
1883	1868	25.645	64.156	2,5
1886	1970	27.363	79.233	2,8
1889	2078	29.196	97.852	3,3
1892	2192	31.152	120.847	3,8

a los propietarios cobrar con ventaja un bajo alquiler relativo.

El resultado es que los habitantes de las casas de inquilinato se acrecientan con suma rapidez, como puede estimarse comparando las cifras de 1880 con las de 1883, y así puede calcularse también con aproximada exactitud cuál ha de ser esa población dentro de un término cualquiera señalado.

Lo que importa notar con insistencia es el hecho de la degradación física y moral a que esos habitantes están sometidos en las condiciones de su albergue; y lo que conviene hacer constar por inspecciones repetidas, sobre todo en las horas de la noche, es que con semejante acumulación hay que admirar que las enfermedades y las muertes originadas en esa atmósfera infecta, no sean diez veces más numerosas que lo que son en realidad. Una familia vigorosa y sana, con padres honrados y laboriosos, una vez reducida a ese género de vida, tiene que sufrir una depresión física y moral que inhabilita a los fuertes para el trabajo y a los niños desgraciados para gozar de la salud necesaria en la evolución progresiva de la edad.

La ciudad de Buenos Aires tiene una mortalidad actualmente reducida, si se la compara con la de diez o quince años atrás. Dado el acrecentamiento de la población, y calculada según ella la mortalidad de los últimos años, se puede aceptar que ha habido en algunos de ellos una economía de dos o tres mil vidas cada año. Las mejoras sanitarias que se han realizado sucesivamente, aunque dejan tanto que desear todavía, han sido considerables bajo ciertos aspectos, de modo que la mortalidad anual se ha rebajado a veintitrés o veinticuatro por mil, mientras que en los años que precedieron a la fiebre amarilla, y en los que la subsiguieron inmediatamente, de cada mil habitantes morían treinta y tres a treinta y cuatro.

Sólo podemos hacer cálculos en estas cuestiones de tan vital importancia: nos falta el dato precioso del censo que no se ha levantado en oportunidad, a pesar de las claras prescripciones de la Constitución Nacional, y de las conveniencias que los pueblos civilizados encuentran en la enumeración frecuente y exacta de su población. Nos vemos obligados, pues, a hacer computaciones aproximadas sobre este punto.

En el año 1883, la población total de Buenos Aires ha sido probablemente de 310.000 habitantes. El número de defunciones alcanzó a 8.510, incluso la enorme cantidad de 1.505 muertos de viruela; y ese total representaría el veintiséis por mil de la población calculada. Si se sustraen las defunciones por viruela, que han podido reducir-

se a una mínima expresión mediante una vacunación y revacunación severamente impuesta, la mortalidad quedaría reducida a un veintitrés por mil.

Y bien; los que hayan tenido oportunidad de observar la vida que se pasa en esas habitaciones malsanas que venimos estudiando, los que hayan seguido con interés el proceso de afocamiento de las enfermedades infecciosas y epidémicas, podrán comprender que de la alta cifra de defunciones, 2.200 a lo menos, proceden de las casas de inquilinato, lo que daría, sobre los 64.156 habitantes que ellas tenían, una mortalidad de treinta y cuatro por mil. Y si se considera que de los 1.500 muertos de viruela, más de mil han ocurrido en aquellas acumulaciones, se puede apreciar la influencia perniciosísima que esas casas ejercen, no sólo por el sufrimiento de sus moradores, tan dignos de compasión, sino por la difusión de las enfermedades infecciosas, y la mayor gravedad que ellas asumen en aquellos focos horribles de donde se transmiten al resto de la población.

Corregir este defecto y evitar su funesta agravación en lo sucesivo, es, pues, de un interés primordial, exigente y perentorio, para la sociedad, y un deber imperioso para las autoridades competentes. A ese fin deben concurrir todos cuantos sean capaces de estimar el mal y que en cualquiera forma puedan contribuir a este gran designio. Tal es el aspecto más interesante que la cuestión de las casas de inquilinato presenta, y a él vamos a dedicar particularmente nuestra atención.

Los cuadros adjuntos muestran cuál es el estado actual de las casas de inquilinato en la ciudad de Buenos Aires, y cuál es la diferencia en las dos fechas de 1880 y 1883. En uno y otro año, los señores presidentes respectivos de la Municipalidad, accediendo bondadosamente a nuestra solicitud, han mandado levantar el censo de esa parte de la población, con un cúmulo de datos interesantísimos para apreciar la importancia de esas casas como factor higiénico, económico y sociológico.

Por la comparación de estos cuadros se ve que el aumento progresivo de las personas alojadas es muy considerable, y que no guarda proporción con las comodidades que les son necesarias en las casas que habitan.

La ciudad de Buenos Aires aumenta su población rápidamente, no sólo por el efecto de la inmigración extranjera que en mucha parte se detiene aquí, sino por la traslación de numerosas personas y familias que de la campaña de la provincia de Buenos Aires y de todas las demás provincias ocurren a este cen-

Tabla
Casas de inquilinato existentes en el municipio en 1880

Parroquia	Número de casas de Inquilinato	Número de Habitaciones	Habitaciones de material	Habitaciones de Madera y techo de zinc	Habitantes	Hombres	Mujeres	Niños menores de 12 años
Catedr. del Norte	133	2255	1813	402	4341	1823	1284	1234
San Miguel	87	1280	1098	182	2283	1049	607	627
San Nicolás	182	2514	1948	566	5300	2185	1545	1580
Piedad	204	2745	2181	564	6783	2777	1837	2169
Socorro	192	3466	1924	1542	6850	2108	1985	2757
Pilar	35	494	430	64	1273	418	377	478
Balvanera	181	1760	1601	159	4551	1671	1178	1702
Catedral al Sud	63	885	766	109	2118	917	592	609
Montserrat	133	1877	1462	415	4120	1652	1225	1244
Concepción	220	2567	2037	530	5834	2236	1600	1998
San Telmo	152	1984	1556	+19	1500	1595	1220	1485
San Cristóbal	30	254	208	46	849	246	169	234
S.J.Evangelista	117	1572	423	1149	2808	874	788	1146
Santa Lucía	41	400	278	122	705	270	163	227
Totales	1770	24023	17744	6279	19155	19820	14560	15753

tro buscando conveniencia de trabajo y bienestar. Entre tanto, la edificación no sigue una marcha paralela a la acumulación de habitantes. Aunque se edifica mucho, sin duda, este progreso está lejos de guardar relación con el de la población.

Los trabajadores, en general, buscan su albergue en las casas de inquilinato; allí se alojan con sus familias si las tienen, y empiezan desde luego a experimentar los inconvenientes trascendentales de sus defectuosos alojamientos. Viven de su trabajo; no pueden pagar alquileres altos, aun cuando se les brindaran casas mejor acomodadas, y van amontonándose así, sin razón ni medida, de manera que cada año la acumulación se aumenta en altas proporciones, como se demuestra en el cálculo con que empezamos estas observaciones.

Las casas de inquilinato, con raras excepciones, si las hay, son edificios antiguos, mal construidos en su origen, decadentes ahora y que nunca fueron calculados para el destino a que se les aplica.

Los propietarios de las casas no tienen interés en mejorarlas, puesto que así como están les producen una renta que no podrían percibir en cualquier otra colocación que dieran a su dinero.

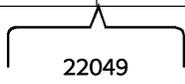
Había el año pasado 1868 casas de inquilinato, teniendo entre todas 25.645 habitaciones y el término medio del alquiler mensual de cada una de éstas era de 136 \$ m/n. La renta que estas propiedades producen ascienden, según estos datos, a 3.487.720 pero m/n. cada mes y el producto anual sube a 41.852.640 \$ m/n., o sea 1.730.162 pesos nacionales oro.

Es fácil saber cuál es la avaluación de estas 1868 propiedades en el Municipio, porque ella está consignada en los registros de la contribución directa; pero calculando su valor por el de la totalidad de las propiedades urbanas cuyo número asciende a 22.500, se puede afirmar que el precio venal del conjunto de las casas de inquilinato no pasa de 15.300.000 pesos fuertes, lo que da un interés anual procedente de los alquileres, de 11 por ciento poco más o menos; sin contar con que muchas de estas casas de inquilinato tienen un valor notablemente inferior al que les correspondería por este cálculo; y que, como hemos podido apreciarlo en alguna de esas casas vendidas en 1882, la renta conforme al valor estimado alcanza hasta el 18% anual.

Es claro que a los propietarios no les conviene vender esas fincas; y la prueba de ello es que se han enajenado 2.600 casas de 22.500 que existían en 1882, lo que corresponde al 10 por ciento del número de casas en esa fecha; y no se encuentran entre estas ventas ni el 2% siquiera de las casas de inquilinato, siendo de notar que en el mayor número de los casos esas enajenaciones tan escasas habrán sido determinadas por arreglos de familia o por otras causas que están lejos de ser financieras o comerciales.

Muchas de estas casas han sido clausuradas por encontrarse absolutamente inhabitables. Pero los centenares de alojados lanzados así a la calle en el interés de su propia salud, ¿dónde habrán ido a acomodarse? Una estadística nueva nos daría la respuesta. El número de casas no se

Tabla
Casas de inquilinato en 1883

Secciones	Número de casas de Inquilinato	Número de Habitaciones	Número de Habitantes				Total	Término medio de alquiler mensual de cada habitación
			Varones	Mujeres	Niños	Niñas		
1ª	165	2578	1903	1231	596	562	1292	216
2ª	115	1637	1580	1190	754	723	4247	108
3ª	161	2148	1951	1298	671	608	4528	177
4ª	131	1948	1837	1264	681	661	4443	125
5ª	186	2718	2636	1866	1099	1058	6659	149
6ª	151	2203	2618	1432	918	831	5799	134
7ª	73	918	1064	653	496	462	2675	40
8ª	98	1207	1511	880	578	526	3495	122
9ª	37	416	444	297	251	215	1207	107
10ª	36	425	421	328	266	274	1289	116
11ª	12	160	148	115	113	106	482	118
12ª	—	—	—	—	—	—	—	—
13ª	196	2742	2542	2287	1575	1375	7777	158
14ª	111	1413	1332	1118	816	804	4070	142
15ª	121	1761	1809	1300	990	974	5073	129
16ª	95	1188	1196	858	616	583	3253	133
17ª	11	94	8	66	73	41	216	91
18ª	26	311	314	249	148	138	849	111
19ª	26	214	250	145	143	129	667	108
20ª	117	1564	1057	836	708	489	3090	133
Totales	1868	25645	24694	17413	11492	10557	64156	136
								

habrá aumentado en gran manera; y los males consiguientes a esa acumulación habránse acentuado en el distrito o en la vecindad de las que hayan sido ocupadas por los expulsados.

Nos parece que se hace sumamente necesario que la legislación venga a intervenir en este conflicto cada día más terrible. Reglamentar las casas de inquilinato no es tarea irrealizable, pues tenemos la tradición propia de nuestra administración, por una parte, y el ejemplo de la legislación y de las ordenanzas municipales de otros países; pero de todas maneras la solución completa del difícil problema no se ha alcanzado todavía en sus fundamentos. Es inoficioso que se cierren unas tras otras todas las casas malsanas o excesivamente pobladas. Esto no remedia el mal sino que lo traslada, agravándolo de un punto a otro como acabamos de demostrarlo.

Es necesario proveer a la construcción eficiente de habitaciones para ese fin; es preciso estimular el capital privado; el espíritu de asociación, el sentimiento de filantropía; y sobre todo, aclarar ante la conciencia del pueblo este hecho poco meditado: que no son solamente los desgraciados habitantes de los conventillos los que pagan la pena de tan desgraciada condición, con su salud y con su vida, sino que esos centros impuros se convierten en focos para difundir por todas partes las emanaciones mórbidas que allí se cultivan y que alcanzan aún a las regiones más elevadas de la población; que las epidemias de toda naturaleza tienen su origen fecundo en esas casas insanas y que de allí se extienden en seguida para hacer los centenares y millares de víctimas que tantas veces hemos contemplado. ■



confrontaciones



Las cosas por su nombre

Respuesta al Lic. Alejandro Vainer

Hace muchos años que varios miembros de la redacción de *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* nos conocemos con Alejandro Vainer y que nuestra revista se ha hecho eco de la producción de *Topía* y hasta, en una época, de su distribución entre nuestros lectores.

No vamos a detallar, por considerarlo innecesario, la militancia de *Vertex* desde su primer número, aparecido hace diecisiete años, en defensa de los derechos humanos y sociales de los pacientes y de una psiquiatría estructurada en base a una ética de respeto por la subjetividad, el rigor científico, la Salud Pública de nuestro pueblo y la defensa de las condiciones de trabajo de los profesionales de la Salud.

Es por ello que leímos con sorpresa el comentario que Vainer publicó en el número 47 (agosto de 2006) de *Topía* bajo el título: "*La Contrarreforma Psiquiátrica*", a propósito del Dossier sobre "*Internación psiquiátrica*", aparecido en nuestra revista Nº 65, de enero de 2006.

Dicho texto merece algunas aclaraciones por la lectura sesgada y críticamente destructiva que lo impregna ya desde su título: a nadie puede escapar la alusión implícita en el mismo. La "Contrarreforma" fue una feroz y violenta respuesta de la Iglesia católica a las escisiones provocadas por los luteranos y los calvinistas en su seno; la Inquisición y su alejamiento de todo signo de humanidad también fue parte de esta reacción. No nos parece justo de parte de Vainer ubicar la polémica con nosotros en semejante contexto y hacer pasar el Dossier sobre *Internación Psiquiátrica* como parte de una "estrategia política de las producciones científicas que crean consenso dentro de los propios psiquiatras". Los psiquiatras argentinos tienen per-

files diferentes y no son homogéneos en general, y en particular respecto de la Ley 448, punto central del debate con Vainer. Ubicando a todos los psiquiatras en un mismo conjunto y a *Vertex* en la colaboración (o liderazgo) del movimiento "antisaludmentalista", Vainer alimenta las posiciones radicales y el desconocimiento de todos los matices de una puja por el poder que rodea la Ley 448 y que seguramente Vainer conoce a la perfección.

Sin embargo, tal vez deberíamos agradecerle esto, por la excelente ilustración práctica que ha hecho de lo que expresábamos en la Introducción de nuestro Dossier: las actitudes dogmáticas y las falsas antinomias que se plantean en torno a los problemas que intentamos ilustrar en el mismo. Dar a entender que *Vertex*, o su Dossier, son ejemplarmente reaccionarios a la democratización del campo de la salud mental, un intento violento por la conservación de un poder (el del psiquiatra), estimula una antinomia (la del resto de los profesionales de la salud mental contra los psiquiatras, y viceversa) tan equivocada como peligrosa. Es probable que Vainer no haya reparado en la polarización y el fanatismo que se genera cuando acusa equivocadamente a quienes siempre defendieron el equipo de salud mental (ver por ejemplo, Dossier 54: "La Salud Mental en la crisis social"; Dossier 50: "Grupos. Pasado y presente de los grupos en el campo de la Salud Mental"; Dossier 36: "Rehabilitación y inserción social en salud mental"; Dossier 30: "El sector salud mental. Política, Economía, Actores, Calidad"; Dossier 27: "Multidisciplina: un desafío para la psiquiatría y la salud mental"; Dossier 26: "Enlaces: Psiquiatría – Psicoanálisis – Salud Mental";

Dossier 3: "Institucionalización, desinstitucionalización, postinstitucionalización" y otros numerosos artículos y editoriales). En el plano metodológico, el escrito de Vainer constituye una provocación antes que un ejercicio del derecho a polemizar (la abundancia de argumentos *ad hominem* es característica del género mencionado). Pero es en el plano político donde hay más por lamentar: el ataque está dirigido contra el mismo sector desde donde parte, es decir, es un autoataque que debilita al subconjunto más progresista y dinámico dentro del campo de la Salud Mental, cuya coherencia como colectivo queda así debilitada. El género de la provocación poco ayuda al establecimiento de una polémica constructiva; pero el intento de división política "hacia adentro" constituye un hecho incomprensible si se acepta la buena fe del autor.

Compartimos con Vainer la idea de que existen luchas de poder y formas de legitimación discursiva en torno a las internaciones. Lo que no compartimos es que sea Vertex parte de una de estas facciones y nos crea sospechas respecto de la voluntad de Vainer de disolver falsas oposiciones y de aclarar habituales prejuicios que suelen atizar enfrentamientos estériles en el seno del equipo de salud mental.

El título del Dossier es el primer elemento que se supone es prueba del intento de reapropiación o contrarreforma psiquiátrica. Le recomendamos no quedar fijado a los nombres y olvidar las realidades: en los EE.UU. se cambió la designación de "pacientes" por la de "clientes", más tarde "consumidores", y luego "usuarios", con la ingenua idea de evitar así la estigmatización. Naturalmente, lo único que cambió fue el vocablo que se sigue usando en tono despectivo cuando se refiere al loco, pero no cambió el estigma que porta.

También malinterpreta el espíritu de la Introducción a nuestro Dossier y nos acusa de hacer, "la" propia historia", tergiversando la verdadera, porque decimos que "Los asilos terminaron por la aparición del psicoanálisis a fines del siglo XIX, primero y, *fundamentalmente*, (por) la aparición del primer neuroléptico, la clorpromazina... (lo que provocó)... en poco tiempo un *cambio paradigmático en el tratamiento psiquiátrico*: del asilo a la comunidad, del hospital cerrado al consultorio" (las cursivas son de Vainer). Le sugerimos que revise las cifras de pacientes que vivían internados en los hospitales psiquiátricos en los EE.UU. antes de 1950 y que fueron externados a fines de la década de 1950 y comienzos de la de 1960, luego de la aparición de los neurolépticos, drogas que permitieron las maniobras de desinstitucionalización y reinserción social en

los pacientes más severamente afectados. Algo parecido ocurrió con la posibilidad de la instalación de la política del sector en Francia, de las comunidades terapéuticas inglesas y, hasta de la aplicación del proyecto de Basaglia en Italia. Además, cuando dice que "la OMS en 1953, había promovido la transformación de los Hospitales Psiquiátricos en comunidades terapéuticas, lo cual llegó a nuestro país en 1967" olvida, incurriendo en un análisis histórico incompleto, que ello fue, precisamente, luego de la aparición de los neurolépticos y, en gran medida, como se dijo antes, posibilitado por ellos. En ningún momento afirmamos que fue el único factor. Más aún, hay diversas formas de aplicar los psicofármacos: para acallar y mantener el encierro es una de ellas. Obviamente que adscribimos a otra muy diferente, y Vainer lo sabe.

Que recordemos aquí la utilidad de los psicofármacos reconocida por una abrumadora mayoría de los psicólogos y psicoanalistas de nuestro medio, desde Enrique Pichon Rivière (dicho sea de paso, pionero de la investigación del tratamiento combinado con electroshock y del uso de la imipramina en la Argentina) no nos ubica en connivencia con su utilización incorrecta, punitiva o perversa, ni nos implica en ninguna "campaña" beneficiosa para la industria farmacéutica.

Con respecto al artículo de Daniel Matusevich y col. ("Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves"), que se incluye en nuestro Dossier, dice Vainer que "se produce un borramiento de la historia de luchas en Salud Mental", porque no se mencionan antecedentes de experiencias en nuestro país. Es obvia su lectura sesgada de un estudio que no tuvo la intención, desde su concepción, de hacer un exhaustivo "rastreo histórico de la temática". Por el contrario, el artículo en cuestión explicita, reiteradamente, su propósito de estudiar la posibilidad de poner en práctica un modelo de comunidad terapéutica en el "contexto socio-cultural actual". Si nos atuviéramos a la crítica de Vainer sería obligatorio remontarse a las experiencias de Domingo Cabred, o aún a Pinel, y analizar sus presupuestos, cada vez que estudiemos algún problema hospitalario en el presente. Lo cual es obviamente imposible, y además inoperante. En su crítica dice que a partir de no mencionar todas las experiencias pasadas "se podría inferir, erróneamente, que es la primera vez que se trabaja con este modelo en este país", cuestión que jamás sostuvieron los autores del artículo. Por otro lado, y si lo que lo preocupa es "no mencionarlo", le recordamos que darlo por supuesto en el acervo informativo de los lectores no despolitiza el discurso. Por el contrario, probar que es posible, desde una experiencia concreta,

trabajar hoy día “con un enfoque comunitario en épocas en las que parecen coexistir solo dos posiciones: los espacios asilares clásicos para personas de nivel socioeconómico bajo y las clínicas privadas subcontratadas por los sistemas de medicina prepaga para aquellos que pueden afrontar los costos”, como señalan los autores, es aportar un argumento político en línea con una tradición de luchas que no se honra con su sola evocación, aunque ella deba tener, y vaya si insistimos siempre con ello en *Vertex* y otras publicaciones en las que participamos, un lugar permanente en nuestra memoria. No olvidemos que nuestro principal frente de “lucha”, como profesionales de la salud (y esa es la principal enseñanza de las luchas pasadas, no su idealización ceremonial), es tratar de hacer nuestra tarea lo mejor posible para ayudar a nuestros pacientes, en especial los más desprotegidos.

Su opinión sobre el artículo de nuestro Dossier titulado: “Entre la ley 22914 y la ley 448: el marco legal de las internaciones psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires”, de José María Martínez Ferreti, es muy claro en cuanto a en qué consiste la lucha de profesiones. Este autor señala que en la ciudad coexisten esas dos leyes (una nacional y otra local) que generan aún “algunos puntos de debate, abierto a propuestas superadoras.” ¿Acaso no coexisten? ¿Acaso cualquier señalamiento de las contradicciones de la ley 448 con otras leyes vigentes es un ataque a la ley o a los profesionales de salud mental que la redactaron?

Allí Vainer subraya que “el tema de fondo es *quién decide la intemación*”. Martínez Ferreti sostiene que desde la ley del ejercicio profesional de cada uno de los integrantes del equipo de salud mental, el único habilitado sería el psiquiatra, lo cual entra en evidente contradicción con la nueva ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, y lo deja legalmente expuesto de un modo diferente al resto del equipo. Por más que, como señala Vainer, “La ley 17132 es la ‘famosa’ ley de Ejercicio de la Medicina de la dictadura de Onganía”, nos guste o no, está vigente todavía y es evidente (salvo una particular intención en su lectura) que no es que Martínez Ferreti “pretende volver [a ella]”, sino que describe cuál es la situación legal actual. Esto no es ni “proceso de reapropiación de la psiquiatría” ni “una política de silenciamiento y de reescritura de la historia”, como nos endilga Vainer. Tampoco es “Una política que ataca las posibilidades de una Ley de Salud Mental de avanzada como la 448”, como él la califica. Porque, que esta ley sea “de avanzada” es una cuestión, sin duda, opinable, que motiva, hasta en el seno de nuestra propia redacción, controversias profun-

das y apasionadas. Lo verdaderamente grave es que la riqueza de las mismas se agote en una mera cuestión de incumbencias para acceder a puestos públicos y fortalecer monopolios cognitivos funcionales a intereses corporativos de cualquier profesión, sea ésta la de psiquiatra o la de psicólogo. Y Vainer sabrá perdonar nuestra suspicacia (al fin y al cabo él tampoco está al abrigo de un poco de paranoia) pero la forma maniquea con la que expone sus argumentos y el combate antipsiquiátrico que lo enrola nos hace temer segundas intenciones.

Es cierto cuando afirma, luego: “En la historización siempre está en juego la ideología y quienes pretenden una historia ‘objetiva’ solamente quieren hacer pasar por ‘natural’ lo que responde a su ideología”. Y, a continuación, nos ofrece un ejemplo propio de esa manera de interpretar los hechos del pasado cuando dice: “Esto inauguró el campo de la Salud Mental que desplazó del centro a la psiquiatría y a los manicomios poniendo el nuevo eje en un conjunto de disciplinas para poder dar cuenta de la complejidad del padecimiento mental y multiplicando los dispositivos de atención dentro y fuera de los manicomios hasta la propia comunidad”. Es, precisamente, en esa frase: “...el campo de la Salud Mental que desplazó del centro a la psiquiatría y a los manicomios”..., en donde se transparenta el nódulo de su posición conceptual y política respecto de los problemas que analizamos. De ella se desprenden dos conceptos de hondo contenido político e ideológico, no explicitados por su autor pero fácilmente discernibles: 1) los manicomios son lo mismo que la psiquiatría y 2) la psiquiatría es heterogénea al campo de la Salud Mental puesto que fue “desplazada” por él. Con todo respeto le recordamos que esa amalgama entre *todos los psiquiatras* deja de lado diferencias históricas fundamentales en el seno de la profesión que olvidan que muchísimos psiquiatras, entre ellos algunos de nosotros, fuimos protagonistas de las transformaciones de los manicomios de los años ‘70, desarrollamos proyectos comunitarios, militamos en la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP), y sufrimos persecución, muerte de compañeros y exilios por defender *una concepción de la psiquiatría y de la Salud Mental* que Vainer no incluye, lamentablemente, en su análisis (salvo cuando le conviene, como en el caso de Mauricio Goldenberg y de Bosch, Ciampi y los demás *médicos psiquiatras* que crearon la Liga Argentina de Higiene Mental de los años ‘20 y ‘30 !!!).

Y, quede claro, que no hemos abandonado esas posiciones sino que nos hacemos cargo de ellas y seguimos en el intento de transformación

de las estructuras manicomiales, en disidencia y conflicto antagónico con la posición de algunos psiquiatras (¿o está exento de conflictos ideológicos y científicos respecto de estas cuestiones el campo de la psicología o el del psicoanálisis en nuestro país y en el mundo?). Pero, cuidado, lo hacemos tomando en cuenta lo ocurrido, entretanto, en los planos social, político y científico. No hay que confundir a la historia, entendida como herramienta para la transformación del presente, con el ejercicio de una nostalgia que pretende actualizar, a destiempo, lo que una correcta autocrítica no supo resolver.

Pero, como nuestro censor decidió calificar al mismo como parte de “la estrategia política de las producciones científicas que crean consenso dentro de los propios psiquiatras”, atribuyéndonos una “ideología cuya propuesta es la reapropiación psiquiátrica del campo de la Salud Mental”, para poder sostener su andamiaje crítico, y justificar su inquietud ante las supuestas apetencias hegemónicas de los psiquiatras mucho se cuida de citar otros artículos del mismo Dossier en los que se pueden leer conceptos que contradicen sus dichos tales como: “El modelo del viejo hospital psiquiátrico manicomial ya no se puede sostener. No existen razones médicas, técnicas ni económicas que lo justifiquen. La psiquiatría contemporánea (...) aconseja el tratamiento en forma ambulatoria, en instituciones de tiempo parcial y en la comunidad, para evitar el desarraigo, el hospitalismo y la anomia consecuentes a las prolongadas internaciones en los hospitales psiquiátricos tradicionales” ... “La necesidad de mantener ciertas instituciones especializadas, de giro cama rápido, para la atención de las crisis y períodos breves de compensación psíquica, puede seguir siendo necesaria pero, entre otras características, su tamaño (número de pacientes que alberguen) y la cualidad intensiva de los tratamientos administrados debe ser una condición *sine qua non* de su funcionamiento. Los Servicios de Salud Mental en los Hospitales Generales, los Centros de Crisis, los Centros periféricos y las instituciones intermedias (Hospitales de Día, Casas a medio camino, etc.) son, a tal efecto, efectores complementarios válidos para disminuir más aún la necesidad de esos centros monovalentes” (...) “Es necesario analizar, más de cerca los conceptos que, cargados de un fardo ideológico frecuentemente no explicitado, tienden a demonizar el hospital psiquiátrico, sin tener en cuenta su función en el nacimiento de la psiquiatría, clamando por su desaparición lisa y llana sin proponer una estructura de reemplazo, como así también aquellos que lo defienden como estructura central de un

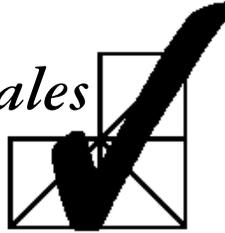
sistema de salud anticuado y hospitalocéntrico con el inconfesado interés de defender intereses corporativos, de pequeños grupos de poder o personales” (del artículo de J. C. Stagnaro “Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos: del asilo a la comunidad”). Si se va a hacer una crítica del calibre de la que nos hace Vainer se debe tener la honestidad intelectual de leer y citar integralmente lo que sostiene el otro.

Mucho hubiéramos ganado todos si Alejandro nos hubiera concedido, desde el alto sitial de tribuno que se atribuye, el beneficio de la duda y hubiera redactado su artículo bajo la forma de preguntas para interrogarnos fraternalmente y dar lugar a un verdadero esclarecimiento a sus lectores. Salvo que, aunque hay otros “gatos que pelar”, y seguro que los hay en el ambiente psiquiátrico argentino, nos haya elegido como blanco a los amigos porque suponía que no le guardaríamos rigor y aceptaríamos una mera polémica de salón. Pues bien, nos creímos en la obligación de responder sus líneas por respeto al trabajo que se tomó en leerlos y por el desacuerdo que nos inspiraron sus conclusiones, pero no continuaremos la polémica por más que vuelva a agitar el poncho. No nos negamos a ella, pero no la consideramos operativa en este contexto y con esta metodología. Como trabajadores de la Salud Mental, además de dedicar tiempo a nuestra tarea como editores científicos, tenemos que aplicar la energía a otras cosas más importantes que nos reclaman en los hospitales a los que concurrimos junto a nuestros compatriotas, las Universidades en la que enseñamos, las asociaciones profesionales a las que pertenecemos e intentamos renovar, y el país (algunas de cuyas transformaciones en el campo de la Salud Mental, protagonizadas por psiquiatras junto a los colegas de las otras profesiones en los equipos interdisciplinarios, se están dando también, y en gran medida, allende la General Paz) que estamos intentando mejorar más allá de las palabras.

Sin embargo, en una cosa coincidimos: nos pa recebien que Vainer se decida a empezar a “llamar a las cosas por su nombre”. Nos sentíamos solos en esa tarea.

**Por el Comité Editorial de Vertex,
Revista Argentina de Psiquiatría**

J. C. Stagnaro



LECTURAS

Jorge Parral, Marité Cena,
Marily Contreras, Ana
Bonsignore, Jaime Schust.
**Bulimia, Anorexia
Nerviosa y Otros
Trastornos
Alimentarios.**

1ª Edición, Polemos, Buenos
Aires, 2007, 160 p.

Los autores han elegido, para organizar la presente obra, un camino propio. El mismo parte de los orígenes culturales del acto de alimentarse; para adentrarse, luego, en la manera en que la familia –con sus “falsas alianzas” y convivencias de los hijos con los miembros de la pareja parental–, vehiculiza, en una trama de afectos y emociones, la manera de vincularse con la comida, y puede operar como facilitadora del trastorno alimentario de los adolescentes.

En este y otros apartados del texto se transparenta la confesada epistemología que subtiende la interpretación de los hechos clínicos relatados: un bucle interpretativo complejo que entrelaza en la teorización causal de los mismos las dimensiones “intrasubjetiva”, “intersubjetiva” y “transubjetiva”, cara a la escuela argentina.

La preocupación constante por la prevención se expresa, por su lado, en diversos pasajes del libro, otorgándole un lugar de gran importancia en la labor médica. Es así como el Capítulo III está dedicado a relatar la técnica y contenidos empleados en los “Talleres de educación para la salud en materia de alimentación con escolares pri-

marios y secundarios”, organizados por equipos interdisciplinarios integrados por psiquiatras y psicólogos; y en el Capítulo IV se presenta la técnica de grupos de información con padres y maestros. En esas partes se pone énfasis en la noción de que la detección precoz de las patologías alimentarias constituye un factor fundamental para determinar el éxito de su eventual tratamiento. Es interesante leer en uno de los pasajes de ese apartado, ante cierta confusión y alarma injustificada que puede provocar entre los padres el abuso mediático de la descripción de conductas alimentarias más o menos problemáticas, la distinción categórica que establecen los autores entre los trastornos de la alimentación que se presentan como síntomas, y la Anorexia y la Bulimia *veras* que requieren para su diagnóstico un conjunto de elementos distintivos específicos.

Despejados esos tópicos se presenta, más adelante, de manera clara y concisa, la información necesaria para definir los cuadros clínicos correspondientes a la Anorexia, la Bulimia y los trastornos alimentarios no especificados (T.A.N.E.) o síndromes intermedios.

El método elegido para desarrollar esos temas es muy claro, original y didáctico: los autores parten de preguntas concretas formuladas por colegas que asistieron a mesas redondas y seminarios en los que participaron a lo largo de los últimos años. De resultados de ello responden a una muestra de las dudas más habituales que presentan los profesionales de nuestro medio acerca de los trastornos alimentarios y, justamente, por surgir de esa selección es que el texto se anticipa a lo que más necesita el lector para adentrarse en el tema.

En ese apasionante inventario de los puntos más conceptuales de los trastornos alimentarios es de destacar el pasaje dedicado a los T.A.N.E. Se informa allí, de manera precisa,

sobre el continuum que representan todas esas formas de comportamiento que van desde ciertas variedades de la obesidad, pasando por diversas conductas particulares de relación con la comida (que, como señalan los autores, están en las fronteras de lo patológico y suscitan actualmente discusiones entre los diversos estudiosos del tema), hasta los cuadros clínicos identificados clásicamente como los de la Anorexia y la Bulimia nerviosas. Cabe preguntarse, a partir de la noción actual de espectro, tan en boga en la literatura anglosajona, si no se avanzará en el futuro en la dirección de entender estos trastornos en una perspectiva dimensional dejando atrás las clasificaciones categoriales mencionadas como las del DSM.

Se llega así a las maniobras terapéuticas. Para los autores se impone que el tratamiento de los trastornos alimentarios sea multidisciplinario, tanto en un esquema de asistencia ambulatoria como en internación –domiciliaria u hospitalaria–, cuando el cuadro se agrava y se llega a extremos riesgosos para la vida. El asunto es muy peliagudo: no alcanza con hacer vivir a las pacientes como “cuerpo” solamente, no es suficiente la recuperación del peso, es imprescindible ir “más allá” y desentrañar en esa, aparentemente incomprensible, conducta frente a los alimentos, la historia personal y familiar que arrojó al paciente a ese “no comer para vivir”, a esa lucha dolorosa contra el hambre. Los autores incluyen el trabajo corporal, los talleres de reflexión, y los grupos de autoayuda con adolescentes y jóvenes en tratamiento, en articulación con los abordajes psicoterapéuticos y médicos más clásicos. Es sabido, aunque no siempre logrado, que el trabajo terapéutico con estos pacientes se apoye en dos cualidades del equipo: capacidad para adaptarse a las necesidades de cada caso y formular, con gran plasticidad un proyecto terapéutico para él



y, en segundo, y no menos importante lugar, una infinita paciencia no desprovista de firmeza y optimismo. En el texto el tratamiento está presentado a través de dos casos clínicos acompañados de sus correspondientes interpretaciones surgidas de la elaboración del equipo terapéutico.

A modo de comentario final se presenta en el libro un “intento” –el lector pasará por alto el término intento y coincidirá conmigo en que es toda una tesis– de interpretación psico-social basada en el análisis antropológico de la cascada transgeneracional de abuelas, madres e hijas adolescentes actuales (Ginette Rimbault ha señalado que hacen falta tres o cuatro generaciones para hacer una anoréxica...), de las vicisitudes del rol femenino en nuestra vertiginosamente cambiante sociedad, y de las particularidades no menos ubicuas de la función paterna articuladas en la familia contemporánea.

El conjunto del texto está atravesado por continuas referencias a la práctica concreta a partir de la cual se presentan los planteos teóricos en una articulación coherente y apoyada en la clínica.

Cabe acotar que las referencias bibliográficas corresponden tanto a la escuela anglosajona como a la francesa y, como nota importante en la valoración de la escritura científica en nuestro medio, a los de la propia producción de los autores.

Al cabo de su lectura se impone la convicción de la utilidad de este libro para la formación de pediatras, hebeatas, psiquiatras, psicólogos y demás miembros de los equipos de salud, así como para estudiantes de medicina y psicología, educadores, sociólogos, antropólogos y público en general, ya que su contenido está presentado,

sin hacer concesiones al necesario rigor, con gran sencillez y claridad.

Por fin, es imprescindible señalar, para culminar estas líneas, algo por demás significativo: que la obra esté dedicada a Enrique Pichon Rivière, Florencio Escardó y Carlos Giannantonio es un indicador histórico de importancia superlativa. Los autores nos hablan, así, de su inscripción en una de las líneas más espléndidas de nuestra tradición médica, aquella que supo y sabe tejer la urdimbre compleja y artística de la buena clínica, ésa que se hace junto con los pacientes, la que se informa y apoya en los conocimientos científicos más recientes sin reducir la problemática a tratar a su mera dimensión biológica sino que pone en primer plano al sujeto del acto médico: la persona en toda su dimensión antropológica.

J. C. S.

Salud mental en televisión

A partir de marzo se viene emitiendo por canal Metro (13 de Multicanal y 13 de Cablevisión) SALUD MENTAL. Un programa destinado a colegas que aborda las tendencias en psiquiatría, psicología, gestión y políticas para el sector, buscando analizar, debatir y difundir los avances y novedades del campo de la salud mental. El mismo, que sale al aire los martes a las 8.30 de la mañana, es conducido por el Lic. Francisco Javier Palacín y el Dr. Carlos David Silva a quienes entrevistamos para Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría.

Vertex: ¿Cómo surge la idea de hacer un programa de televisión exclusivamente dedicado a la salud mental?

Salud Mental: Bueno, en principio veíamos que existían muchos y muy buenos congresos, jornadas, cursos y revistas que canalizaban la información científica, tanto médica como psicológica. Todo esto nos permite informarnos y recibir las actualizaciones necesarias para nuestra práctica, pero veíamos que no había un espacio que de un modo gratuito y de fácil acceso llegara a los colegas de todo el país abordando lo que nos parecía, tal vez, lo más rico: una comunicación de colega a colega, cercana y distendida. Preguntando como lo haría cualquier compañero a otro que es experto en su área.

Sólo los colegas bien informados pueden ofrecernos a la vez información válida y relevante porque son fácilmente accesibles y permiten ser interrogados. Mientras no se invente nada mejor, seremos los colegas la fuente de información más útil y continente, como corroboramos cada día en las consultas de pasillo y las sesiones clínicas. La verdad es que hacer el programa requiere mucho esfuerzo de trabajo y económico y tal vez el hecho de contar y apoyarnos en nuestros compañeros colegas, de encontrarnos y escucharlos sea una de las grandes satis-



Lic. Francisco Javier Palacín y Dr. Carlos David Silva.

ficciones que nos da SALUD MENTAL, que, esperamos, sea compartida por todos los que nos vean.

V: ¿Qué aporta a este objetivo el que sea un programa de televisión?

S.M.: El lenguaje televisivo es mucho más amigable que el de una conferencia, una clase o un artículo científico que requiere mayor elaboración y rigurosidad. Es una charla de compañeros de trabajo preocupados por encontrar otros puntos de vista sobre nuestro quehacer, que nos enriquezca y nos oriente. Muchas veces los colegas no tenemos la oportunidad de acercarnos a un experto, que tal vez trabaja en nuestra misma área, a preguntarle de un modo llano, desacartonado y sin prejuicios aquello que nos interesa o que desconocemos. Escucharlo comentar en un lenguaje coloquial y cercano lo que está pensando sobre su trabajo, sobre las perspectivas que observa para el futuro del área, las tendencias que vislumbra, los inconvenientes que encuentra y las soluciones que propone o lo que hace para salir adelante en esas situaciones posee una riqueza que no encontrábamos en otros espacios.

Es la búsqueda de algo que estamos perdiendo en nuestro medio: el encuentro humano sin pretensiones de totalidad ni verdades reveladas. Un encuentro humano entre colegas.

V: Esto remite a los valores en juego en nuestro quehacer.

¿Cómo manejan el tema de los entrecruzamientos y tensiones que se dan en nuestro campo?

S.M.: Desde una posición que es respetuosa de la diversidad y que alienta el pluralismo en los contenidos. Creemos firmemente en la riqueza de lo diferente y en escuchar múltiples perspectivas de un mismo tema. Luchamos contra cualquier modo de reduccionismo, negándonos a las dicotomías que nos empobrecen. Escuchar con honestidad intelectual al colega abre la cabeza a repensar lo que venimos haciendo, a cómo lo venimos haciendo y a cambiar.

V: Esta diversidad también se observa en los temas tratados: neurociencias, clínica, políticas, gestión.

¿Esto también fue buscado?

S.M.: Si, eso también es parte de lo que buscamos. Solemos sub-especializarnos tanto que llegamos al punto de perder de vista otros sectores de nuestra especialidad y de otras especialidades que son muy enriquecedores para nuestro trabajo. A veces la especialidad es la misma pero las líneas teóricas nos dividen y esclerosan. Sin darnos cuenta ni proponérselo nos vamos sesgando a escuchar otras vertientes de nuestro campo que tienen cosas muy interesantes para decir.

V: ¿Influye en la elección de los temas y los invitados el hecho que sea un canal que llega a casi todo el país?

S.M.: Sin duda, por una parte aprovechando el alcance federal del canal y por lo tanto del programa llegar a lugares alejados, y por otra parte invitando a participar a colegas de lejanas provincias a contar sus realidades y conocimientos. Poder unir distancias e integrar experiencias a veces tan disímiles es todo un desafío.

V: El aspecto social y político atraviesa muchos de esos temas ¿Cómo se los incluye?

S.M.: Están presente todo el tiempo, como decías atraviesa todos los temas que tratamos: hasta cuando hablamos de psicofarmacología o neuroimágenes. Pero al mismo tiempo tenemos un fuerte interés en dar lugar al aporte que a lo social hacen las ONG y diversas organizaciones políticas, sociales y académicas. Esto es un amplio espectro que va desde organizaciones gremiales e instituciones académicas, como organismos nacionales e internacionales de políticas sanitarias, asociaciones de familiares y pacientes hasta funcionarios políticos en cargos ejecutivos, legislativos y del poder judicial. Todos agentes imprescindibles del entramado de la salud mental y a los que no siempre tenemos la oportunidad de escuchar para debatir. Es más que informarse, es generar un espacio de debate y alentar a interesarse por aspectos que tarde o temprano afectan nuestra práctica. Es un compromiso que tomamos al iniciar este proyecto y al que no vemos a renunciar.

V: ¿Tienen pensado articular el nutrido calendario de congresos, jornadas y encuentros en el programa?

S.M.: Sí, en los últimos programas tuvimos varias mesas de difusión de los congresos de APSA, de la Asociación Argentina de Salud Mental y del Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos. En ellas estuvieron los presidentes de los mismos o gente del comité organizador comentando los temas que se iban a tratar, anticipando los invitados que estarán presentes y charlando sobre las perspectivas de las asociaciones que los organizan. Queremos que SALUD MENTAL se convierta en el lugar de debate acerca de los espacios que tenemos los profesionales para agruparnos, organizarnos e intercambiar experiencias y formación. Debate que nos debemos si queremos mejorar las condiciones de nuestra práctica y ayudar a la salud de nuestros pacientes.

Por otra parte tenemos pensado la presencia en congresos con programas especiales, entrevistas a invitados relevantes y a colegas del interior, de modo de potenciar todo el esfuerzo que significa un congreso y llegar a quienes no pudieron asistir o se quedaron al margen de esa actividad. Tenemos ganas de cubrir los actos inaugurales y de cierre, así como la entrega de premios, de modo de poder acceder a espacios que son muy importantes por su dimensión científica y política y a los que en general no asistimos.

V: ¿Podrías comentarnos los temas tratados y los invitados que han estado en el programa?

S.M.: Si, en el primer programa hablamos sobre tratamiento combinado de los trastornos de ansiedad con el Dr. Herber Chappa y el Dr. Eduardo Keegan y a la Dra. Adelma Pereyra hablando en nombre del comité organizador del próximo congreso de APSA. En el siguiente invitamos al Coordinador Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación Dr. Antonio Di Nanno y a la Secretaria de Salud Mental de la provincia de La Rioja Lic. Setti para discutir sobre la articulación de las políticas nacionales y provinciales en salud mental. En el tercer programa abordamos el tema de estigma y esquizofrenia con el Dr. Pedro Gargoloff y el Dr. Sergio Halsband, teniendo también como invitadas a la presidenta y vicepresidenta de la Asociación de pacientes y familiares. En el siguiente buscamos ver los diferentes puntos de vista de los actores de la investigación clínica en la Argentina: investigadores, CRO y ANMAT. Para eso invitamos al Dr. Ricardo Corral, a la Dra. Silvia Zieher y a las autoridades en la materia del ANMAT. Posteriormente tuvimos un programa acerca de las repercusiones del último congreso de la AASM y de las perspectivas de la misma para lo que invitamos a su presidente, el Dr. Eduardo Grande y a gente del comité organizador. Luego junto al Dr. Javier Didia Attas hablamos del congreso iberoamericano de trastornos adictivos del cual es su presidente. En nuestro último programa emitido, anticipando el congreso de APSA que toma el tema de Resiliencia, invitamos al Dr. Roberto Sivak y al Dr. Héctor Basile a debatir el concepto y las implicancias que tiene en vista al congreso de Mar del Plata.

V: ¿Tienen alguna página web donde contactarlos?

S.M.: Tenemos una página web que es www.saludmentaltv.com.ar. Ahí están los programas ya emitidos digitalizados para poderlos ver online y las entrevistas desgrabadas para poderlas leer con mayor facilidad. No siempre uno alcanza a ver el programa por la tele y que se encuentren todos los programas en la red es importante. Nos parece un buen canal de comunicación entre colegas. Esperamos las sugerencias, comentarios y críticas.

V: ¿Sugerencias sobre temas e invitados?

S.M.: Sí, por supuesto que estamos interesados en saber qué temas son requeridos y a qué colegas se quiere escuchar. De hecho en la página hay un banner donde dejar estos comentarios y pedidos.

V: Éxitos en este nuevo emprendimiento que ocupa un espacio –hasta ahora– vacío en los medios.

S.M.: Nosotros somos los agradecidos por este espacio que VERTEX nos da para contar lo que estamos haciendo con tanto esfuerzo.

