

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
“JOSÉ RAMÓN LEÓN ACOSTA”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

LA CALIDAD DE VIDA EN LA MEDICINA DE REHABILITACIÓN CUBANA

Por:

Dr. C. Jomo Kenyata Moré Chang¹, Lic. Ramón Ricardo Alonso Hernández² y Dra. Yakelín Caraballo Álvarez³

1. Doctor en Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Máster y Especialista de II Grado en Medicina Tradicional y Natural. Profesor Auxiliar. UCM-VC. e-mail: kenyata@capiro.vcl.sld.cu
2. Licenciado en Cultura Física, Deporte y Recreación. Licenciado en Tecnología de la Salud (perfil Terapia Física y Rehabilitación). Facultad de Tecnología de la Salud. Asistente. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Física y Rehabilitación. Policlínico Universitario “José Ramón León Acosta”. Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:
CALIDAD DE VIDA
MEDICINA FÍSICA
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Subject headings:
QUALITY OF LIFE
PHYSICAL MEDICINE
REHABILITATION SERVICES

En la actualidad, el concepto de calidad de vida trasciende desde la valoración de las necesidades de las personas hasta la evaluación de sus niveles de satisfacción; desde la visión macrosocial, implica la medición de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía de la logística y la provisión de estos servicios a la población, así como la formulación de políticas nacionales e internacionales¹.

La calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y con los elementos esenciales de su entorno².

La evaluación de la salud no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales, basados en variables puramente biológicas; por tanto, debe evaluarse el estado objetivo de salud, de funcionalidad e interacción del individuo con su medio, y los aspectos más subjetivos que engloban el sentido general de satisfacción y la percepción de su propio bienestar.

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de su influencia en el estado actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre las capacidades del individuo, para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permita aquellas actividades que son importantes y que afectan su estado general de bienestar, y tiene las siguientes dimensiones: funcionamiento social, físico, cognitivo, movilidad, cuidado personal y bienestar emocional².

En la Cumbre Mundial de Medio Ambiente (ECO-92), celebrada en Río de Janeiro, Brasil, se expusieron los lineamientos del programa de las Naciones Unidas para el desarrollo humano (PNUD), de los cuales surgieron acciones de alcance nacional e internacional para detener los procesos de deterioro global del planeta, entre las que se encuentra la Estrategia nacional de medio ambiente y educación ambiental; esta se ajusta a las condiciones e intereses de desarrollo económico y social para mantener los logros de la revolución y avanzar a planos cualitativamente superiores en términos de bienestar, nivel y calidad de vida, así como crear las condiciones materiales, culturales y espirituales que propicien la elevación de la calidad de vida de la sociedad, con un carácter de equidad y justicia social, de forma sostenida y sobre la base de la relación armónica entre los procesos naturales y sociales, con el objetivo de proteger tanto a las actuales como a las futuras generaciones³.

Las actuaciones multifactoriales propias de la Medicina de Rehabilitación, además de reducir la mortalidad y morbilidad, se centran en mejorar la calidad de vida de los pacientes y hacer posible que estos puedan reincorporarse a la sociedad^{4,5}.

En este ámbito, el concepto de calidad de vida es importante para mejorar el proceso de integración social y laboral del discapacitado, así como para justificar y demostrar la efectividad y eficacia de las intervenciones, la credibilidad científica de la rehabilitación, la argumentación del estado actual, la evolución y las necesidades de los pacientes, al incluir sus valores y creencias.

La medición de este concepto conforma la valoración rehabilitadora, que es la cuantificación de todos los atributos y déficits importantes, ya sean médicos, funcionales y psicosociales, con el fin de conseguir un plan racional de tratamiento rehabilitador y utilización de recursos⁶.

La fase crónica de cualquier enfermedad invalidante, que implique el proceso de rehabilitación médica, se caracteriza por la estabilización o la presencia de cambios lentos donde se agotan los recursos terapéuticos y técnicas específicas, y adquieren mayor peso la evaluación de los dominios relacionados con la salud para la reinserción social, familiar, laboral y las adaptaciones socioeducativas que elevan la calidad de vida vinculada con la salud⁷.

Desde esta perspectiva, la medición que se realiza con más frecuencia en la Medicina de Rehabilitación es por medio del cuestionario de salud SF-36, el cual es una escala genérica que proporciona un perfil del estilo de salud, y es aplicable tanto a pacientes como a la población en general. Consta de 36 preguntas o ítems que cubren ocho escalas que representan los conceptos empleados con más frecuencia en los cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con las enfermedades y el tratamiento. Estas escalas son: función física: 10 ítems; rol o desempeño físico: 4; dolor corporal: 2; salud general: 5; vitalidad: 4; función social: 2; rol o desempeño emocional: 3; salud mental: 5. Adicionalmente, incluyen un ítem de transacción, que proporciona información sobre el cambio percibido en el estado de salud general en el último año. La limitación fundamental del cuestionario SF-36 es que no incluye aspectos relacionados con la calidad de vida, como los trastornos del sueño, la función cognitiva y sexual². A diferencia, el cuestionario WHOQOL-100 es aplicable a muestras pequeñas; consta de 36 aspectos o ítems que cubren ocho escalas e interroga con respecto a las últimas cuatro semanas; el tiempo de ejecución es de 5 a 10 minutos en entrevista de forma individual.

Para la validación y adaptación cultural de ambos cuestionarios, se siguió el protocolo común en los países participantes del proyecto IQOLA (*International Quality of Life Assessment*) que incluía a Cuba, para mantener la comparabilidad de las diferentes versiones.

En ambos, el coeficiente de consistencia interna *alpha* de Cronbach tiene un valor superior al mínimo recomendado de 0,7 para las comparaciones de grupos en todas las edades, excepto en la función social, y superiores al valor mínimo recomendado de 0,9 para las comparaciones individuales.

La reproductibilidad (test-retest) medida por coeficiente de correlación interclase fluctuó entre 0,58 en la escala de rol o desempeño emocional y 0,99 en la escala de rol o desempeño físico. La consistencia interna (correlación de los ítems con su propia escala) fueron superiores al valor mínimo recomendado de 0,4 y el éxito de escalaje fue del 100 % para todas las escalas. Los efectos del suelo y techo fueron inferiores o superiores a 15 % respectivamente; el análisis de las ecuaciones estructurales confirma poseer un adecuado modelo de medida y validez de contenido. Estos cuestionarios pueden medir el impacto de los programas de rehabilitación².

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina posibilitan prolongar notablemente la vida y generan un incremento importante de las enfermedades crónicas. Se han estudiado las

repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida relacionada con la salud^{8,9}.

En el terreno de la educación, la investigación es aún escasa y existen muy pocos instrumentos para evaluar la percepción de niños y jóvenes sobre los efectos de la educación en su bienestar subjetivo. No obstante, los cambios trascendentales acaecidos en la forma de entender la educación en todo el mundo, particularmente en lo que concierne a los alumnos con necesidades educativas especiales, han ido en una línea paralela a la seguida por aquellos que promueven la calidad de vida.

En este sentido, comienzan a desarrollarse estudios sobre los factores asociados a la efectividad de la escuela, con especial atención en aquellos que ejercen un efecto sobre el alumno; por ello, comienzan a tener cabida en el curriculum nuevas áreas con un carácter menos académico que las tradicionales y más vinculado con la formación integral de la persona y la mejora de su calidad de vida; la tecnología de la rehabilitación médica pasa a formar parte de una continuidad dialéctica de apoyos y servicios disponibles en el sistema educativo, para hacer realidad la inclusión en el medio escolar de alumnos con discapacidad y, desde el servicio educativo, se adopta un enfoque de mejora de la calidad, en el que la satisfacción del usuario, en este caso el alumno, pasa a convertirse en un criterio de máxima relevancia.

El proceso de adopción y comprensión de nuevas tendencias para evaluar de forma más objetiva los niveles de calidad de vida, y los relacionados con la salud de los pacientes que presentan algún tipo de discapacidad, posibilitará el establecimiento de estrategias de rehabilitación cada vez más integrales, que se materialicen en progresos y resultados más concordantes con el encargo social de la Medicina de Rehabilitación Cubana, que es la integración social y ocupacional¹⁰.

Referencias bibliográficas

1. Montes Castillo ML Calidad de vida. Rev Mex Med Fís Rehab. 2006;1(1):5-6.
2. Balladares M. Escalas de calidad de vida. Instituto de rehabilitación psicofísica. Rev IREP. 2006;10(1):33.
3. CIDEA. Panorama ambiental de Cuba. La Habana: Academia; 2001. p. 25,45-67.
4. COMARNA. Programa Nacional sobre Medio Ambiente y Desarrollo. Adecuación cubana al documento "Agenda 21". La Habana; 1993.
5. Li Mau L. Importancia de las escalas de medición en rehabilitación. Instituto de rehabilitación psicofísica. Rev IREP. 2006;10(1):2-3.
6. Balladares M. Escalas de calidad de vida. Instituto de rehabilitación psicofísica. Rev IREP. 2006;10(1):33-9.
7. Secundini R, Druetta S. Escalas de evaluación del accidente cerebrovascular. Instituto de rehabilitación psicofísica. Rev IREP. 2006;10(1):46-69.
8. Góngora YL, González F. Calidad de vida en pacientes con osteoartritis de cadera y rodilla. Rev Cubana Reumatol. 2006;VII(9-10):39-41.
9. Mateos R, Maestro A, Rodríguez López L. Medición de la calidad de vida en la artrosis de rodilla. Patología del aparato locomotor. MAPFRE Med. 2005;3(2):111-20.
10. Socarrás M, Bolet M, Castañeda I. Estado de salud de los trabajadores de la tercera edad del Hospital General "Calixto García". Rev Cubana Invest Biomed. 2006;25(3).

Recibido: 27 de noviembre de 2009

Aprobado: 10 de abril de 2010