

Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida

Applications of a WHO-designed instrument for the quality of life evaluation

MSc. Jaiberth Antonio Cardona-Arias,^I MSc. Luis Felipe Higueta-Gutiérrez^{II}

^I Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia. Grupo de investigación Salud y Sostenibilidad, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

^{II} Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

RESUMEN

Introducción: la OMS diseñó un instrumento para evaluar la calidad de vida en personas sanas y enfermas que a diferencia de otros, considera la percepción del sujeto en sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental de manera integral.

Objetivo: describir las aplicaciones del instrumento según región y poblaciones estudiadas.

Métodos: revisión de estudios originales en los que se aplicó el instrumento, publicados entre 2002 y 2012. Se preparó un protocolo de investigación con términos de búsqueda, criterios de inclusión y exclusión y evaluación de la calidad de artículos por dos investigadores para garantizar la exhaustividad y reproducibilidad. El análisis de basó en frecuencias e intervalos de confianza de 95 % y estadístico Z para la comparación de proporciones.

Resultados: se identificaron 1 845 estudios, de estos 548 cumplieron el protocolo e incluyeron 234 414 sujetos. En la región de Las Américas, el país con mayor número de publicaciones fue Brasil y China en el Pacífico Occidental. En las investigaciones en enfermos, predominaron los grupos poblacionales con trastornos mentales (21,1 %), neoplasias (5,8 %) y enfermedades infecciosas (8 %), principalmente VIH/sida. Las investigaciones en sanos fueron principalmente de validación de escalas y estudio de personas en riesgo como ancianos, desempleados, cuidadores de discapacitados, pobres o minorías étnicas y refugiados.

Conclusión: el instrumento se ha empleado en varios países y poblaciones, lo que indica la relevancia de obtener información desde la perspectiva del paciente, que es útil en estudios epidemiológicos, observacionales, ensayos clínicos controlados y otros.

Palabras clave: calidad de vida, Organización Mundial de la Salud.

ABSTRACT

Introduction: the World Health Organization has designed an instrument to evaluate the quality of life in healthy and sick persons which, unlike other instruments, comprehensively considers the perception of the subject in his physical, psychological, social and environmental dimensions.

Objective: to describe the applications of the instrument according to the region and the population under study.

Methods: a review of original studies where this instrument was applied and published from 2002 to 2012. Two researchers prepared a research protocol with the search terms, the inclusion and exclusion criteria and the evaluation of the quality of articles to guarantee exhaustiveness and reproducibility. The analysis was based on frequencies and on confidence intervals of 95 % and Z statistic for comparison of proportions.

Results: there were identified 1 845 studies from which 548 met the protocol and included 234 414 subjects. In Las Americas, the country with the highest number of publications was Brazil and in the Western Pacific was China. In the research studies of sick people, the population groups with mental disorders (21.1 %), neoplasias (5.8 %) and infectious diseases (8 %), mainly HIV/AIDS, predominated. The research studies on healthy individuals were mainly scale validation and study of risky groups such as the elderly, the unemployed, caregivers of disabled persons, the poor or ethnic minorities and the refugees.

Conclusions: the instrument has been used in several countries and populations, which points to the relevance of collecting information from the patient perspective, something useful for epidemiological, observational studies, controlled clinical trials and other research works.

Key words: quality of life, World Health Organization.

INTRODUCCIÓN

En el modelo de salud occidental, desde la década de los 80 se presenta lo que *Barsky* y otros autores denominan "la paradoja de la salud", término que alude a una situación de muchos países, especialmente desarrollados, donde se tienen múltiples logros en macroindicadores de salud poblacional, se utilizan cada vez más los servicios de salud y se aplica la ciencia y la técnica, pero simultáneamente se presenta gran insatisfacción en lo referido a la salud percibida y el bienestar de los pacientes debido a la creciente medicalización, el deterioro de la relación médico-paciente y el aumento de las dificultades con la práctica clínica y la salud pública. Sumado a esto, en la práctica clínica actual se impone el "modelo médico hegemónico" caracterizado por su concepción metodológica positivista, dominio de un

marco teórico-ideológico evolucionista y cartesiano, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, individualismo, biologismo, subordinación técnica y social del paciente, asocialidad y concepción del paciente como ignorante o portador de un saber equivocado.¹ Dicha perspectiva genera información relevante para los perfiles de morbilidad, discapacidad y mortalidad, pero no da cuenta de la importancia de los contextos familiar, social, psicológico, espiritual y ambiental del individuo. Frente a esta realidad, en los últimos años ha crecido el interés por abordar dichos contextos en los que se desarrollan los procesos de salud-enfermedad y por cambiar la forma de evaluarlos, surge así, el concepto de calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.^{2,3}

Esta definición deja claro el carácter subjetivo y multidimensional del concepto y refleja la necesidad de desarrollar instrumentos de medición igualmente multidimensionales. En este sentido, se han incorporado instrumentos como el método de las necesidades básicas insatisfechas, el índice de desarrollo humano, el *Barthel index*, el *Medical Outcomes Study*, el *Functional Status Index*, el *Functional Independence measure* y el índice de pobreza multidimensional.⁴⁻⁷ A pesar de su multiplicidad, estas escalas resultan insuficientes para dar cuenta de la realidad y no corresponden al holismo del concepto de calidad de vida debido a que priorizan las dimensiones objetivas o las condiciones materiales de vida, no tienen uniformidad en las preguntas, son complejos, arrojan información no comparable o miden el impacto de la enfermedad pero no la calidad de vida.

En la búsqueda por adoptar mediciones más holísticas, la OMS diseñó el *World Health Organization Quality of Life*, versión breve (WHOQOL-BREF, siglas en inglés) como medida genérica de calidad de vida; esta es la que mejor se ajusta a los criterios desarrollados por *Higginson y Carr*, presenta excelente estructura conceptual y operativa, desarrollo psicométrico, confiabilidad, y adaptación cultural y de lenguaje.^{8,9}

Dadas estas bondades, el WHOQOL-BREF ha sido aplicado ampliamente alrededor del mundo y en una gran variedad de personas sanas y enfermas; sin embargo, no existe un estudio reciente que de cuenta de las poblaciones estudiadas, los países con mayor interés en el tema y el número de investigaciones y sujetos que han sido abordados con este instrumento, información necesaria para determinar y demostrar el interés de los investigadores por incorporar la perspectiva del paciente en los estudios clínicos y epidemiológicos, y para asegurar la necesidad de un cambio paradigmático en el abordaje de la salud individual y colectiva. Se dispone así de una herramienta válida para captar la perspectiva del paciente, generar información relevante para el desarrollo de nuevas investigaciones en este tópico e incentivar el estudio de la calidad de vida como desenlace de los ensayos clínicos controlados y estudios observacionales y superar las medidas clásicas de ocurrencia, asociación e impacto de la enfermedad.

El objetivo de este trabajo es describir las aplicaciones del instrumento WHOQOL BREF según región y poblaciones estudiadas.

MÉTODOS

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

El WHOQOL-BREF es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas, ha sido traducido a 19 idiomas diferentes, es aplicable a sujetos sanos y enfermos, y su puntaje ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones.⁸ A diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida empleados en investigación clínica y epidemiológica como el *Medical Outcome Study Short Form* (MOSSF-36), el WHOQOL BREF no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una búsqueda por sensibilidad en la literatura relacionada con la utilización del WHOQOL-BREF en las bases de datos Pubmed, Science Direct, Lilacs y SciELO utilizando el término de búsqueda WHOQOL-BREF. Adicional a esto y para garantizar la exhaustividad de la investigación, se enviaron mensajes electrónicos a varios autores para recuperar artículos no disponibles en las bases de datos.

Se consideraron elegibles los artículos que contenían el término de búsqueda en el título, el resumen y en las palabras clave. A los artículos elegibles se le aplicaron los siguientes criterios de inclusión para su revisión completa: a) investigaciones publicadas entre enero de 2002 y octubre de 2012, b) estudios publicados en español, inglés o portugués, c) artículos originales. Como criterios de exclusión se definieron: a) publicaciones que no incluyeran los cuatro dominios del WHOQOL BREF, b) estudios en los que no se documente el puntaje de cada dominio del instrumento, y c) artículos con problemas de validez interna evaluada a través de las guías STROBE.¹⁰

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Dos investigadores aplicaron el protocolo de investigación de manera independiente para garantizar la reproducibilidad de la revisión. Las discrepancias entre los investigadores se resolvieron por consenso o por referencia a un tercero. Los artículos obtenidos fueron exportados al programa Endnote Web para la eliminación de duplicados, concluida esa etapa se inició el proceso de clasificación de las investigaciones mediante la lectura cuidadosa de los resúmenes y la elaboración de un formato de extracción de información almacenado en una base de datos diseñada en Excel. La extracción de la información se realizó de forma independiente por parte de los dos investigadores con el fin de garantizar su reproducibilidad, esta se evaluó a través del índice kappa $>0,9$ calculado para las siguientes variables: año de publicación, región de realización del estudio y enfermedad o grupo poblacional estudiado.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los estudios se agruparon según año de publicación, lugar de realización categorizado con base en la clasificación regional de los Estados miembros de la OMS, y grupo poblacional estudiado; esta última variable categorizada en enfermos (clasificados según la CIE-10), sanos (este grupo incluyó situaciones de conflicto, diferencias de género, población general, estudiantes, empleados, ancianos y cuidadores), estudios de intervención y validación (estos incluyeron estudios de validación del WHOQOL BREF e investigaciones donde esta escala se empleó para validar otras). Para describir los artículos y los sujetos incluidos en ellos se calcularon frecuencias absolutas y relativas e intervalos de confianza del 95 % para proporciones. Para comparar la frecuencia de estudios realizados en sanos, enfermos, de intervención y validación, se calcularon intervalos de confianza para la diferencia de proporciones con el estadístico Z. El análisis estadístico se hizo en el Programa para análisis Epidemiológico de Datos Tabulados de la Organización Panamericana de la Salud (EPIDAT) versión 3.1.

RESULTADOS

En la búsqueda inicial se identificaron 1 845 artículos de los cuales se incluyeron 548 en la revisión, según la aplicación del protocolo de investigación (Fig. 1).

El 36,3 % de los estudios se publicó en los dos últimos años de la revisión, el 2011 fue el año con mayor frecuencia de publicaciones y superó el número de investigaciones del periodo 2002-2006; con base en la frecuencia de estudios del periodo 2002-2010 se puso de manifiesto el aumento progresivo de las investigaciones que utilizan el WHOQOL-BREF como medida de calidad de vida (tabla 1).

Europa es la región con mayor número de publicaciones (29,9 %) y la que presentó mayor diversidad de acuerdo al país (los estudios de esta región se realizaron en 27 países), fue mayor en Turquía (33) y Reino Unido (24), seguido de Alemania (12), Italia (11), Portugal (9), Polonia y Noruega con 8 publicaciones respectivamente. En la región de Las Américas, la frecuencia de publicaciones fue alta aunque el 87,7 % están concentradas en Brasil, siendo este país el que presenta mayor número de investigaciones sobre calidad de vida en el mundo, seguido de China; se destaca que 15 investigaciones se desarrollaron simultáneamente en más de un país o incluso en más de una región (tabla 2).



Fig. 1. Algoritmo de selección de artículos.

En el 66,8 % de los estudios se abordó una población enferma, siendo más frecuentes los estudios de calidad de vida en trastornos mentales (21,2 % de las investigaciones), enfermedades infecciosas (8 %) y neoplasias (5,8 %).

La distribución porcentual de estudios en enfermos fue 0,2 % en sistema respiratorio; 0,4 alteraciones en los ojos; 0,5 oídos; 0,7 sangre; 0,7 piel; 0,9 enfermedades congénitas; 0,9 sistema digestivo; 2,7 enfermedades metabólicas; 2,7 sistema circulatorio; 4,4 % nervioso; 4,6 genitourinario; 5,8 neoplasias; 8,0 infecciosas y 21,2 trastornos mentales y del comportamiento. En el último grupo los más frecuentes fueron esquizofrenia (28 %), adicciones (13 %), depresión (12 %), trastorno afectivo bipolar (13 %) y demencia (3,4 %); de los estudios en enfermedades infecciosas el 75 % fue en VIH/sida, hepatitis B 2,3 %, hepatitis C 4,5 %, lepra 6,8 %, tuberculosis 2,3 %, enfermedad de Chagas 2,3 % y Human T-LymphotropicV virus (HTLV) 4,5 %.

Tabla 1. Distribución de los estudios según el año de publicación

Año	No.	%	IC 95 %
2012	85	15,5	12,4-18,6
2011	114	20,9	17,3-24,3
2010	62	11,3	8,6-14,1
2009	66	12,0	9,2-14,9
2008	66	12,0	9,2-14,9
2007	49	8,9	6,5-11,4
2006	43	7,8	5,5-10,2
2005	37	6,8	4,6-8,9
2004	17	3,1	1,6-4,6
2003	6	1,1	0,1-2,1
2002	3	0,6	0,1-1,6

Tabla 2. Distribución de estudios por región, sujetos y estudios incluidos

Región	Sujetos incluidos	Estudios incluidos		
	% (IC 95%)	% del total de estudios (IC 95%)	Pais	No. (% de la región)
Europa	26,1 (25,9-26,3)	29,9 (26-33,8)	Turquía	33 (20,1)
			Reino Unido	24 (14,6)
			Otros	107 (65,3)
América	12,4 (12,3-12,5)	28,3 (24,4-2,1)	Brasil	136 (87,7)
			EE. UU.	6 (3,9)
			Otros	13 (8,4)
Pacífico Occidental	29,6 (29,4-29,8)	23,5 (19,9-7,2)	China	82 (63,6)
			Australia	17 (13,2)
			Otros	30 (23,2)
Asia Sudoriental	4,0 (3,9-4,1)	10,4 (7,7-13)	India	38 (66,7)
			Tailandia	17 (29,8)
			Otros	2 (3,5)
Mediterráneo Oriental	10,5 (10,4-10,6)	3,5 (1,8-5,1)	Irán	10 (52,6)
			Sudán	3 (15,8)
			Otros	6 (31,6)
Multicultural *	16,0 (15,9-16,2)	2,8 (1,3-4,2)	-	-

África	1,3 (1,2-1,4)	1,6 (0,5-2,8)	Nigeria	5 (55,6)
			Otros	4 (44,4)

* 15 estudios fueron multiculturales, es decir, el instrumento fue aplicado en varios países de forma simultánea en una única investigación.

Nota: el número de sujetos incluidos es de 234 414 y el número de estudios incluidos es de 548.

De las 548 investigaciones, 257 incluyeron más de una población, en este sentido se destaca que las investigaciones desarrolladas con el WHOQOL-BREF en los 11 años de estudio incluyeron 806 grupo poblacionales correspondientes a 234 414 sujetos de estudio que, agrupados entre sanos y enfermos, obedecieron a 31 grupos diferentes (tabla 3).

Tabla 3. Grupos poblacionales estudiados en los artículos revisados

Grupo poblacional	Estudios		Sujetos	
	No. (%)	IC 95%	No. (%)	IC 95 %
Enfermos				
Con trastornos mentales y del comportamiento	116 (21,2)	17,7-24,7	13,889 (5,9)	5,8-6,0
Con enfermedades infecciosas	44 (8,0)	5,7-10,4	6,072 (2,6)	2,5-2,6
Con neoplasias	32 (5,8)	3,8-7,9	2,412 (1,0)	1,0-1,1
Con trastornos genitourinarios	25 (4,6)	2,7-6,4	3,861 (1,6)	1,6-1,7
Con trastornos musculoesqueléticos y de tejido conectivo	24 (4,4)	2,6-6,2	3,932 (1,7)	1,6-1,7
Con enfermedades del sistema nervioso	24 (4,4)	2,6-6,2	2,378 (1,0)	1,0-1,1
Con enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas	15 (2,7)	1,3-4,2	3,835 (1,6)	1,6-1,7
Con enfermedades del sistema circulatorio	15 (2,7)	1,3-4,2	1,707 (0,7)	0,7-0,8
Con factores que influyen el estado de salud	25 (4,6)	2,7-6,4	2,120 (0,9)	0,9-0,9
Otros	46 (8,4)	6,0-10,8	6,794 (2,9)	2,8-3,0
Subtotal	366 (66,8)	62,7-70,8	47,000 (20,0)	19,9-20,2
Sanos				
General	80 (14,6)	11,5-17,6	47,822 (20,4)	20,2-20,6
Ancianos	30 (5,5)	3,5-7,5	8,579 (3,7)	3,6-3,7

Cuidadores de discapacitados	28 (5,1)	3,2-7,0	2,116 (0,9)	0,9-0,9
Empleados	27 (4,9)	3,0-6,9	6,709 (2,9)	2,8-2,9
Estudiantes	19 (3,5)	1,8-5,1	3,254 (1,4)	1,3-1,4
Inmigrantes, refugiados y personas que viven en zonas con violencia o discriminación	14 (2,6)	1,1-4,0	4,915 (2,1)	2,0-2,2
Influenciados por desastres naturales y condiciones ambientales	11 (2,0)	0,7-3,3	3,223 (1,4)	1,3-1,4
Con problemas de discriminación de género o etnia	10 (1,8)	0,6-3,0	1,713 (0,7)	0,7-0,8
Subtotal	219 (40,0)	35,8-44,2	78,331 (33,4)	33,2-33,6
Otros				
Estudios de intervención	102 (18,6)	15,3-22,0	8,525 (3,6)	3,6-3,7
Validación del WHOQOL-BREF	66 (12,0)	9,2-14,9	72,234 (30,8)	30,6-31,0
Referente para otros instrumentos que miden calidad de vida	53 (9,7)	7,1-12,2	28,324 (12,1)	11,9-12,2
Subtotal	221 (40,3)	36,1-44,5	109,083 (46,5)	46,3-46,7
Total	806	-	234 414	-

Nota: En algunos estudios empleaban dos o más grupos poblacionales para evaluar su calidad de vida, por ello el total de grupos poblacionales es 806, pero para calcular las proporciones se tomó como denominador el total de estudios incluidos en la revisión (548), dado que esta es la unidad de análisis.

Los estudios que incluyeron personas sanas correspondieron al 40,0 %, aunque de estos la mayoría no generó un perfil de calidad de vida en estas personas sino que usaron este grupo para comparar el efecto de una intervención o la validez de diferentes encuestas de calidad de vida; en otros estudios el objetivo era evaluar la calidad de vida de grupos aparentemente sanos pero de alto riesgo para eventos de salud como desempleados, cuidadores de discapacitados, pobres o minorías étnicas, ancianos y refugiados y otros incluyeron la evaluación de propiedades psicométricas, adaptaciones culturales y complementación de estudios de costos (tabla 3).

El 18,6% de las investigaciones fueron estudios de intervención y de estos el 34,3 % utilizaron el instrumento para evaluar el impacto en la calidad de vida del uso de medicamentos; 5,9 % la calidad de la atención en los servicios de salud; 4,9 % procedimientos quirúrgicos y 18,6 % la práctica de actividad física y el uso de terapias alternativas (acupuntura, yoga, meditación, arteterapia).

En 119 investigaciones el objetivo era validar el instrumento en alguna población específica o utilizarlo como referencia para validación de otros instrumentos como el *Sjögren's Systematic Clinical Activity Index (SCAI)*, *Euroqol-5D(EQ-5D)*, *Medical Outcomes Study HIV(MOS-HIV)*, *Diabetes treatment satisfaction questionnaire (DTSQ)*, *EUROHIS-QOL 8*, *Turkish language of themelasma quality of life questionnaire (MelasQol-TR)* e Índice de Calidad de Vida de *Ferrans y Powers*.

En la distribución porcentual de las investigaciones realizadas en sanos, enfermos, estudios de intervención y validación, destaca la mayor proporción de investigaciones desarrolladas en personas enfermas, sin embargo, al evaluar el número de individuos incluidos en los estudios originales, la mayor frecuencia correspondió a los estudios de validación (Fig. 2).

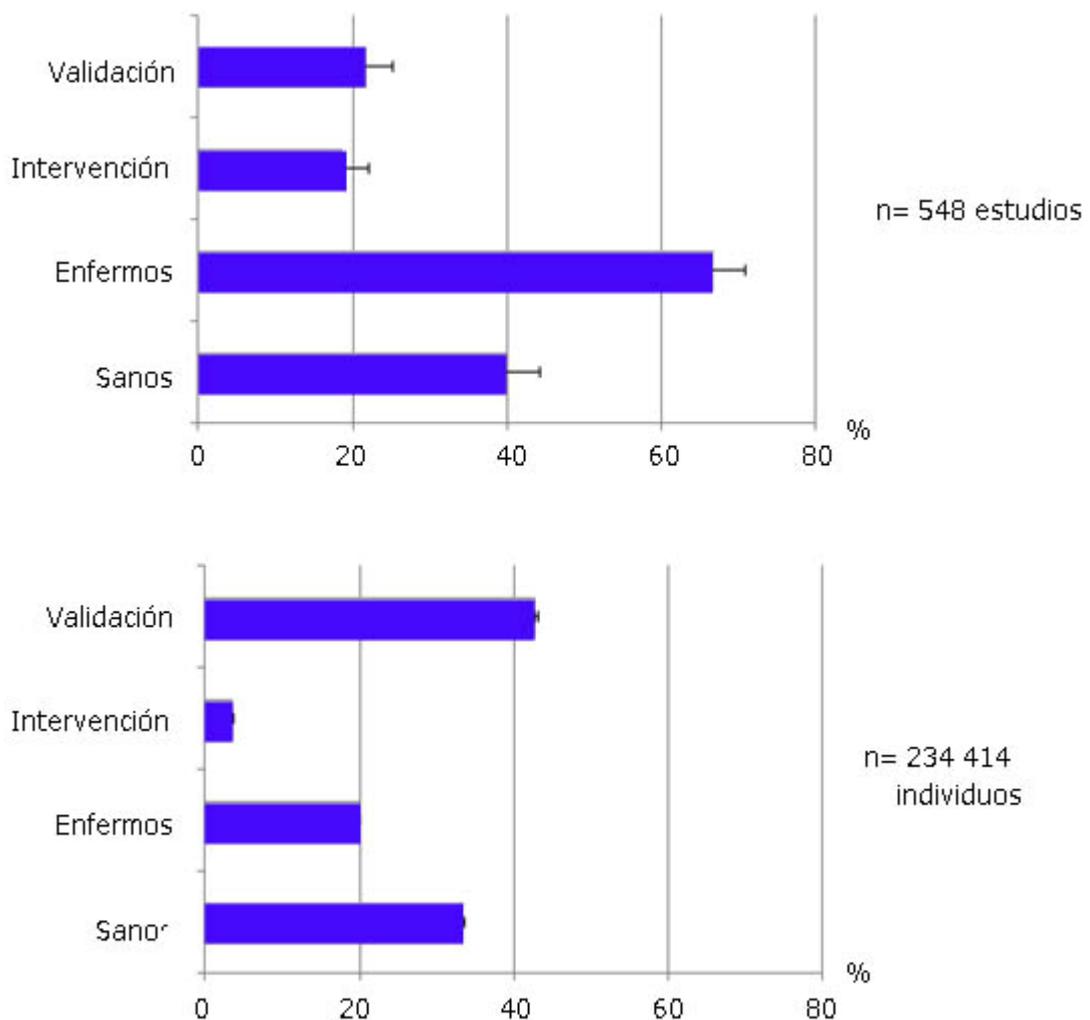


Fig. 2. Comparación de la proporción de estudios y sujetos incluidos en la revisión según el subgrupo de interés.

La proporción de estudios desarrollados en enfermos fue estadísticamente mayor a los realizados en los demás grupos poblacionales, así:

- Entre el 21 y 32,7 % más alta en comparación con las investigaciones realizadas en población sana.

- 42,9 a 53,5 % mayor que la proporción de estudios de intervención.
- 39,69 a 50,5 % mayor que la proporción de estudios de validación.

Asimismo, la proporción de estudios realizados en sanos fue mayor frente a los estudios de intervención y validación (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de la proporción de investigaciones realizadas en enfermos, sanos, estudios de intervención y de validación

Grupo 1	Grupo 2	Intervalo de confianza del 95% para la diferencia de proporciones
Enfermos	Sanos	21,0 a 32,7*
	Intervención	42,9 a 53,5*
	Validación	39,6 a 50,5*
Sanos	Intervención	15,9 a 26,8*
	Validación	12,7 a 23,8*
Validación	Intervención	0,0 a 8,0

* Valor p Estadístico Z= 0,000.

DISCUSIÓN

La aplicación del WHOQOL-BREF ha aumentado progresivamente en los últimos años abarcando gran heterogeneidad de grupos y un elevado número de individuos. Los hallazgos de esta investigación revelaron que dicho aumento se focalizó en los últimos cuatro años, a pesar que el instrumento fue validado en inicios de la década de los 90; esto supone varios aspectos importantes: a) desconocimiento de la relevancia de estudiar la calidad de vida con instrumentos que aborden su multidimensionalidad, y de las ventajas del WHOQOL-BREF en términos de su validez de apariencia, contenido y constructo; sus propiedades psicométricas, reproducibilidad, adaptaciones culturales y de lenguaje, y su validación convergente/divergente, b) persistencia de algunas ideas erróneas entre profesionales de la salud e investigadores con respecto a la importancia de abordar los conocimientos, experiencias, percepciones y motivaciones de los pacientes, y c) escepticismo de los investigadores y el personal de la salud sobre la utilidad de medir la calidad de vida para la práctica clínica. En referencia a lo anterior, estudios previos han demostrado que la salud percibida, independientemente de los diagnósticos clínicos, tiene un rol determinante en la hospitalización, la utilización de los servicios de salud y la mortalidad.¹¹⁻¹³

La falta de consenso entre los investigadores acerca de la medición de la calidad de vida ha suscitado el diseño de una gran cantidad de instrumentos tanto genéricos como específicos. Los instrumentos genéricos son aplicables a una amplia gama de poblaciones, incluida población general, lo que permite realizar comparaciones, establecer valores de referencia, facilitar la interpretación de las puntuaciones, identificar desviaciones en los valores esperados en una población y pueden utilizarse como marco de referencia para establecer objetivos terapéuticos.¹⁴ En la literatura científica se ha informado la utilización decerca de 45 instrumentos genéricos diferentes, entre las que se incluye el MOSSF-36 como una de las más empleadas en clínica. En una búsqueda realizada en la base de datos *PubMed* con la palabra clave MOSSF-36, se encontraron 158 publicaciones en los últimos 10 años en el título y

resumen, lo que pone de manifiesto que este instrumento se utiliza frecuentemente y en algunas situaciones se prefiere en lugar del WHOQOL-BREF.

En coherencia con lo anterior, se debe destacar que el MOSSF-36 fue diseñado para medir aspectos de la calidad de vida afectados por problemas de salud y en consecuencia, la valoración de esta se centra en dos componentes, el físico (función física, desempeño físico, dolor corporal y salud general) y el mental (salud mental, desempeño emocional, función social y vitalidad), por ello, el estudio de *Huang* sugiere que el MOSSF-36 evalúa mejor la calidad de vida relacionada con la salud y el WHOQOL-BREF es más apropiado para medir la calidad de vida global.¹⁵ Además, el MOSSF-36 no se creó como un instrumento de medición de la calidad de vida sino del estado de salud, por lo que sus resultados enfatizan aspectos del funcionamiento en diferentes áreas, en contraste con el WHOQOL-BREF que focaliza la percepción del sujeto en las dimensiones centrales de la calidad de vida, como son la física, psicológica, social y ambiental.

Por otra parte, las medidas específicas de calidad de vida son más sensibles para detectar cambios y particularidades asociadas a cada enfermedad. *Velarde y Ávila* publican 46 instrumentos que son aplicables a personas con una enfermedad específica y describen información explícita en relación con sus objetivos, dimensiones y funciones.¹⁶ La diversidad y difusión de las medidas específicas de calidad de vida contribuyen a explicar la poca utilización del WHOQOL-BREF entre 2002-2006; no obstante, es importante aclarar que la focalización en instrumentos específicos presenta las desventajas de restringir la capacidad para detectar efectos imprevistos de la dolencia, que no es posible administrarlos a sujetos o poblaciones que no padezcan la enfermedad y los resultados no son comparables con personas con otras entidades clínicas ni con la población general.¹⁷ En referencia a lo anterior, se sugiere la posibilidad de combinar una medida genérica y una específica para monitorear el estado de salud de los pacientes.¹⁷

En esta revisión, la población total fue 234 414 personas en quienes se aplicó el WHOQOL-BREF, esta incluyó sujetos enfermos de diferentes estadios, sanos, individuos con limitaciones físicas o mentales y personas con diferencias en aspectos sociodemográficos, lo que refleja una gran validez externa. Entre los subgrupos estudiados destaca el marcado interés en las personas con enfermedades crónicas y particularmente con trastornos mentales y del comportamiento, lo que se puede atribuir a la importancia de estas afecciones en el perfil de morbilidad mundial.

Con respecto a las enfermedades crónicas, la OMS las considera una epidemia mundial por la alta carga de morbilidad, mortalidad y por los años vividos con discapacidad derivados de ellas.¹⁸ Entre las enfermedades mentales las más estudiadas con el WHOQOL-BREF fueron la esquizofrenia (28 %), adicciones (13 %), trastorno afectivo bipolar (13 %) y depresión (12 %); este resultado coincidió con las enfermedades consideradas prioritarias por el programa de salud mental de la OMS, debido a que estos trastornos son comunes en todos los países donde se ha examinado su prevalencia, y afectan la capacidad de las personas de desenvolverse en el ámbito familiar, laboral y social.¹⁹

En las enfermedades infecciosas el número de publicaciones fue reducido y la mayoría de estudios estaban centrados en personas que viven con VIH/sida (75 %). Este resultado puede atribuirse a que se trata de una enfermedad crónica que deteriora el bienestar físico, psicológico, económico y social de los afectados, y por consiguiente su calidad de vida.²⁰ Sin embargo, enfermedades como hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, tripanosomiasis, leishmaniosis e infecciones por virus del papiloma humano, tienen implicaciones similares al VIH/sida con respecto al impacto en la funcionalidad física, las redes sociales, la estructura familiar y el estatus

socioeconómico, lo que demuestra la necesidad de realizar estudios en estas poblaciones que trasciendan el modelo médico hegemónico y aborden la calidad de vida.

En referencia a la heterogeneidad de la población estudiada, el WHOQOL Group realizó un estudio multiétnico con 11 830 sujetos con 28 alteraciones físicas y mentales diferentes. El estudio concluye que el instrumento puede ser aplicado en una amplia gama de entidades clínicas debido a que es una medida genérica que presenta fortalezas metodológicas y buenas propiedades psicométricas en relación con la consistencia interna, validez discriminante y validez de constructo.²¹

En alusión al carácter multicultural del WHOQOL-BREF, *Bowden* y *Fox-Rushby* destacan que es el instrumento que ha realizado con más rigor el proceso de traducción y adaptación cultural, el que provee información más confiable en las diferentes versiones y el que mejor se adapta al modelo de *Herdman* con respecto a las siguientes características: estructura conceptual, de ítems, semántica, operatividad, de medida y funcionalidad.^{22,23}

El carácter multicultural del instrumento facilita su aplicación en una gran diversidad de países distribuidos en seis regiones diferentes. En este sentido, destaca Brasil como el país con más publicaciones y llama la atención la región de África por el bajo número de publicaciones en el tema. Este hallazgo podría explicarse porque la constitución de Brasil declaró que la salud es un derecho de todos los ciudadanos y un deber del Estado. Esta perspectiva ha llevado a que el sistema de salud trascienda las acciones centradas en las enfermedades y aborde aspectos que tienen repercusión en la calidad de vida de los individuos.^{24,25} Aunado a lo anterior, Brasil es el país latinoamericano con mayor inversión en investigación (70 %), el único que supera la inversión del 1 % de su PIB, uno de los países con mayor participación del sector privado en financiación y tiene la mitad de los investigadores de toda América Latina y el Caribe.²⁶

Con respecto a África, el panorama es completamente diferente debido a que las condiciones socioeconómicas, climáticas y geográficas de la región conllevan a que enfermedades como la malaria, VIH/sida, tuberculosis, algunas enfermedades no transmisibles, conflictos armados y otras situaciones de emergencia humanitaria, se prioricen en la agenda de investigación clínica y epidemiológica, además, África es la región geográfica con menor inversión en ciencia y la que presenta el menor número de investigadores del mundo; todo ello podría suponer que los estudios en calidad de vida no están incluidos en los intereses o prioridades de investigación y atención clínica de los países de este continente.^{26,27}

Entre las principales limitaciones del estudio destaca el acceso restringido a las publicaciones, debido a que no todas estaban disponibles en las bases de datos consultadas, el 66 % de los autores a quienes se les envió correspondencia no enviaron la copia de sus manuscritos y en algunos casos fue imposible contactar con los investigadores. Adicional a esto, algunos estudios se eliminaron por no incluir los resultados de los cuatro dominios del WHOQOL-BREF.

Finalmente, el estudio mostró que el instrumento se ha empleado en varios países y poblaciones, lo que indica la relevancia de obtener información desde la perspectiva del paciente, que es útil en estudios epidemiológicos, observacionales, ensayos clínicos controlados y otros y mostró que la calidad de vida es un tema de interés mundial que aporta grandes beneficios al conocimiento del impacto de las enfermedades.

Dentro de los múltiples instrumentos para abordar la calidad de vida y la calidad de vida relacionada con la salud, se recomienda el uso del WHOQOL BREF, por su amplia difusión y excelentes propiedades conceptuales, psicométricas y posibilidades de utilización, tanto en la medición del impacto de una intervención, detección de cambios en el estado de salud, como en facilitar la comunicación entre el paciente y el médico, obtener información sobre la adherencia terapéutica y orientar la toma de decisiones para que los esfuerzos por prolongar la vida se acompañen de esfuerzos por mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico [editorial]. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 10 Ene 2013]; 39(1): 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100001&lng=e2013
2. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Revista Internacional Desarrollo Sanitario. 1996; 17(4).
3. Thivierge G. Calidad de vida y opciones existenciales. La calidad de vida de la persona: desafío actual del nuevo milenio. Federación Internacional Universidades Católicas. 1992: 33-55.
4. Feres JC, Mancero X. El método de las necesidades básicas insatisfechas y sus aplicaciones en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
5. Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Oficina encargada del Informe sobre Desarrollo Humano. The Human Development Index (HDI). Nueva York: PNUD; 2011.
6. McDowell I, Newell C. Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires. 2ed. New York: Oxford; 1996.
7. Alkire S, Roche J, Santos M, Seth S. Multidimensional Poverty Index: New results, Time Comparisons and Group Disparities. New York: PNUD-HDRO; 2011.
8. World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO; 1996.
9. Higginson I, Carr A. Measuring the quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. BMJ. 2001; 322: 1297-1300.
10. Vandembroucke J, Elm E, Altman D, Gøtzsche P, Mulrow C, Pocock S, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. Gac Sanit. 2000. [citado 10 Sep 2012]. Disponible en: <http://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/translations/STROBE-Exp-SPANISH.pdf>
11. Rodríguez F, Guallar P, Pascual C, Otero C, Montes A, García A, et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. Arch Intern Med. 2005; 165(11): 1274-9.

12. Siu A, Reuben D, Ouslander J, Osterweil D. Using multidimensional health measures in older persons to identify risk of hospitalization and skilled nursing placement. *Qual Life Res.* 1993;2(4):253-61.
13. Connelly J, Philbreck J, Smith G, Kaiser D, Wymer A. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care.* 1989;27(3):99-109.
14. 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):163-7.
15. Huang I, Wu A, Frangakis C. Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. *Qual Life Res.* 2006;15:15-24.
16. Velarde E, Ávila C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 2002;44:448-63.
17. Chen T, Li L, Kochen M. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *J Zhejiang University Science.* 2005;6B(9):936-40.
18. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2010 [citado 10 Sep 2012]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
19. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Ginebra: WHO; 2008 [citado 10 Sep 2012]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf
20. Cardona J, Higuera L. Calidad de vida en personas con VIH/SIDA pertenecientes a una organización no gubernamental. Medellín (Colombia), 2009. *Salud Uninorte.* 2011;27(2):236-46.
21. Skevington S, Lotfy M, O'Connell K. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res.* 2004;13:299-310.
22. Bowden A, Fox-Rushby J. A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. *Social Science Med.* 2003;57:1289-306.
23. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQOL instruments: The universalist approach. *Qual Life Res.* 1998;7:32335.
24. Tolentino S. Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la Universalización del acceso a la salud. *Rev Peruana Med Exp Salud Pública.* 2009;26(2):251-7.
25. Presidencia da República Brasil. Ley 8.742, de 07 de diciembre de 1993. Brasilia: Presidencia; 1993 [citado 10 Oct 2012]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm

26. Red de indicadores de ciencia y tecnología iberoamericana e interamericana (RICyT). El estado de la ciencia. 2011 [citado 10 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.ricyt.org/files/edlc2011/1.1.pdf>

27. The health of the people the African regional health report. África: WHO Regional office for Africa; 2006 [citado 10 Sep 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/africanhealth/en/index.html>

Recibido: 11 de febrero de 2013.

Aprobado: 11 de diciembre de 2013.

Jaiberth Antonio Cardona-Arias. Calle 67 No. 53108, Bloque 5, oficina 103. Medellín, Colombia.

Dirección electrónica: jaiberthcardona@gmail.com