

Calidad de vida relacionada con la salud

La primera persona que utilizó el concepto *calidad de vida* (CV) fue, según algunos especialistas en la materia, el economista estadounidense John Kenneth Galbraith, a finales de los años cincuenta; para otros fue Lyndon B. Johnson, presidente de Estados Unidos, en 1964. En ambos casos se consideró la CV como una forma de evaluar, principalmente, el bienestar social general de individuos y sociedades.

En el área más específica de la salud, este constructo se hizo popular a partir de los años ochenta, posiblemente asociado a cambios en los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad que empezaron a notarse drásticamente en algunos países desarrollados con el incremento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas en porcentajes cada vez mayores de sus habitantes. Esto llevó, a finales de la misma década, al surgimiento de la expresión “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS) para referirse a investigaciones en las que se estudiaba la CV de muestras poblacionales con algún nivel de minusvalía como resultado de la cronicidad de algunas enfermedades y/o accidentes.

En América Latina la investigación sobre la CVRS se empezó a desarrollar sólo a principios del siglo XXI. En una revisión de Vinaccia y Quiceno, en la cual se revisaron diferentes bases de datos internacionales, como PubMed, PsycInfo, Redalyc, Psycodoc, Lilacs, SciELO, Latindex, Dialnet, se encontró que la gran mayoría de las investigaciones colombianas sobre la CVRS se desarrollaron entre los años 2000 y 2010, con un paulatino incremento en el último quinquenio.

Al hacer un primer análisis de estos estudios se encontró, por un lado, que los profesionales que participaron en este periodo provenían de diferentes áreas de las ciencias de la salud, como medicina, enfermería, fisioterapia y psicología, y por otro, que la gran mayoría de los instrumentos psicométricos utilizados para medir la CVRS de un número muy grande de patologías no tenían procesos de adaptación y validación para la población colombiana, lo que reduce de forma significativa los niveles de validez interna y externa de muchos de estos estudios y, con ello, el alcance de sus resultados.

Actualmente se cuenta con la validación colombiana de pocos instrumentos para medir la CVRS, entre ellos: el MOS SF-36, el EORTC QLQ C-30, el BR-23, el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, la escala de somnolencia de Epworth, el INCAVI-72 y los cuestionarios para adolescentes AQLQ, VSP-A y Kidscreen-27 y 52.

Por este motivo, consideramos muy importante para esta área de trabajo y de investigación el aporte desarrollado por los autores de los dos artículos del presente número de la *Revista Colombiana de Cancerología*: “Adaptación cultural del formulario EORTC QLQ CR-29 para su aplicación en pacientes con cáncer de recto” y “Análisis de la validez de contenido de la escala FACT-G mediante técnicas de escalamiento multidimensional”, ya que sus resultados permiten a los investigadores que trabajan estos temas disponer de instrumentos psicométricos probados en población clínica colombiana.

Por último, el proceso de envejecimiento de importantes segmentos muestrales de la población colombiana —fenómeno ampliamente documentado por Gómez, Curcio y Duque—, nos debe hacer

reflexionar a los profesionales de las ciencias de la salud sobre el importante peso y papel que deberán desempeñar las investigaciones sobre CVRS en los próximos años en el estudio de poblaciones clínicas y subclínicas.

Stefano Vinaccia Alpi
Japcy Margarita Quiceno
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia