

J. Tomás i Vilaltella

Jefe Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron
Barcelona

En los objetivos del año 2000 de la OMS, en cuanto a los niveles de salud a conseguir para la población general está el mejorar la calidad de vida del paciente, conseguir que el estilo de vida de un paciente cualquiera se sitúe en el contexto general de calidad de la población media de una sociedad o grupo cultural.

Este enfoque es en sí mismo revolucionario puesto que la generalidad de los médicos siempre ha dirigido su esfuerzo a la búsqueda de la resolución sintomática, con el máximo alivio sobre las secuelas, aceptando con resignación el daño funcional secundario sea físico o mental y con él todos los inconvenientes adaptativos que se le asocian.

La OMS ha definido la salud en el contexto de este nuevo objetivo no como la ausencia de una enfermedad o incapacidad sino como el «bienestar físico, mental y social». La salud será pues un estado dinámico entre un individuo y la sociedad que permita al máximo su desarrollo y su adaptación en el medio, por tanto la valoración del medio donde vive la persona, el cómo vive y el cómo se relaciona y comporta son valoraciones necesarias para el planteamiento valorativo del nivel de calidad de vida de determinado individuo.

Desgraciadamente la restitución sintomática de un paciente, la resolución de la fase aguda, de su problemática no significa en muchos casos el retorno auto-

mático a su estilo de vida anterior, muy a menudo permanece en limitación secundaria en parte por su propia enfermedad en otra debido a que los dispositivos asistenciales y rehabilitadores no están a la altura de las necesidades del paciente cuya sintomatología está «resuelta». El objetivo es en este sentido restaurar la salud, insistimos no entendida como un funcionamiento singular sino como un proceso dinámico que conduce a un bienestar total a ser posible.

La calidad de vida obliga a dimensionar en cada paciente, tanto por una parte los elementos dinámicos subjetivos de la valoración que de su estado se hace, como de la adaptabilidad y adaptación, sus capacidades cognitivas y su estado general considerado bajo valoraciones sociométricas y antropológicas.

En cierto sentido indica a los que mantienen una posición sólo biológica de medicina interna a interesarse y a abrir nuevos horizontes sobre valoraciones más sutiles, menos rígidas que las cifras de laboratorio y entrar en el territorio de la valoración cualitativa de los fenómenos y no sólo cuantitativa. Bien hay que decir que en la actualidad existen, aunque no tan utilizadas como sería de desear, escalas de objetivización del bienestar al mismo tiempo que posibilidad de cuantificación fiable de la capacidad adaptativa de un sujeto y de su nivel de adaptación.

80 Todo ello permite resolver en primer lugar la objetivización suficientemente contrastada como para que los datos obtenidos sean semejantes a los dados por cualquier prueba de laboratorio. A su vez el avance en el conocimiento de los datos respecto a cómo se siente el paciente y a su estilo de vida permite ir desarrollando las hipótesis de interrelación entre lo biofísico y lo psicosocial. Se rompe definitivamente la noción de que la calidad de vida es algo sólo subjetivo que no puede cuantificarse ni compararse.

El uso de cuestionarios que permitan objetivar las condiciones psicosociales del paciente son cada vez más necesarios en la práctica médica. Es indispensable que la historia clínica y la exploración del paciente se complementen con este tipo de valoración, imprescindible para el control y desarrollo evolutivo de un paciente e insustituible en la consecución del fin de una correcta estrategia terapéutica.

El Prof. A. Fernández Cruz, alumno del Prof. Gregorio Marañón, catedrático de Patología General en Barcelona durante un tiempo, hablaba allá por la década de los cincuenta de la «caída de la valetudo» que aparecía en el paciente, durante el transcurso de su enfermedad, insistía en que la curación sólo existía y era realidad completa cuando la autoestima, «la valetudo», su capacidad de enfrentarse a sí mismo, a sus deseos, necesidades, obligaciones y al mundo, se habían recuperado. Por aquel entonces estas valoraciones iban de la mano de la «intuición» y del «sentido clínico».

La calidad de vida nos lleva más allá de la medicina a una mayor interdisciplinariedad, con mayor participación cada vez de otras ciencias humanas, con las que hemos de aprender a trabajar, a problemas de lenguaje y significado de términos que son distintos según cuál sea la materia donde se ubiquen. Los cuestionarios deben validarse cada vez más tanto en su lenguaje y accesibilidad para la comprensión de cualquier paciente como en sus contenidos y fiabilidad.