



UNA VISIÓN SALUTOGÉNICA PARA LA MEDICIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA

Mauricio Jesús Rivas Gil.*

RESUMEN

La práctica de actividad física se remonta a nuestros antepasados, hace 300 mil años, en un largo recorrido por las antiguas Babilonia, China y Grecia, pasando por el Renacimiento, hasta nuestros días, demostrando con numerosos estudios su importancia en la promoción de la salud y confirmando los efectos negativos del sedentarismo. Dada su importancia, la medición de la condición física comienza con propuestas serias a principios del siglo pasado y actualmente las baterías para su estimación son muy completas, pero carecen de la dimensión subjetiva relacionada con la motivación y aceptabilidad cultural de este hábito. Recomendamos la inclusión del modelo salutogénico para una medición más completa e integral de la condición física, no solo individual sino colectiva.

Palabras claves: Calidad de Vida, Estilos de Vida, Actividad Física. Salutogénesis.

*.- Docente-Investigador, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales “Dr. Rodolfo Quintero”, Unidad de Estudios Morfológicos y de Salud “Dra. Adelaida de Díaz Ungria”.
Doctorante del Doctorado en Salud Pública. mjrivas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los datos obtenidos en los estudios de Calidad de Vida (CV) han demostrado que son múltiples y variados los factores que pueden influir sobre el estado de salud de los sujetos y las comunidades. Por lo tanto, la percepción que el individuo tiene de su estado de salud parece estar afectada por causas intrínsecas y extrínsecas que ejercen influencia sobre las actividades diarias y que se asocian directamente con los Estilos de Vida (EV)¹.

El Modelo Teórico de Salud planteado por Locker² nos acerca a la concepción actual de la CV y a su relación con los EV. En la aproximación realizada por el autor, los efectos de los problemas de salud que pueden estar vinculados a los EV se clasifican en una jerarquía que va desde los síntomas que son identificados como individuales y que están representados por la limitación funcional, hasta las desventajas psicológicas y sociales que afectan las relaciones interpersonales y/o laborales.

En este Modelo, Locker^{2,3} propone que los problemas de salud llevan a la limitación funcional, la aflicción psicológica y la discapacidad física y social, teniendo como consecuencia final una situación de desventaja que puede desencadenar en la incapacidad y el deterioro debido al impedimento del individuo para cumplir con las expectativas de la sociedad o los grupos sociales a los que pertenece.

Es importante señalar que el Modelo planteado por Locker²⁻⁴ conecta de forma lineal los conceptos de salud, enfermedad, deficiencia, limitación funcional, incapacidad y desventaja social, permitiendo que el análisis del impacto de los EV sobre la CV sea realizado de forma progresiva, desde el nivel biológico hasta el comportamental y de éste hasta el social. Tal cobertura en este abordaje es importante y adecuado, considerando que es perfectamente posible que los problemas de salud puedan provocar un impacto negativo en una o más dimensiones de la vida o, eventualmente, en todas ellas.

EL MODELO DE SALUD DE LOCKER Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La CV constituye un concepto ampliamente diseminado en las ciencias sociales y políticas⁵⁻⁸. Sin embargo, en cuanto al concepto científico, se puede revelar ambiguo, atendiendo a las dificultades emergentes de su definición⁹. Algunos autores¹⁰⁻¹² explican que su origen se encuentra asociado a los “sistemas de indicadores sociales”, teniendo como objetivo principal medir los cambios tomando en cuenta diversos elementos sociales, políticos, psicológicos y culturales que habían sido dejados de lado, mostrando los distintos componentes de la vida e intentando evaluar si estos van mejorando o empeorando.

Evans¹³ destaca que el abordaje de la CV por medio de indicadores sociales únicamente no responde a todas las interrogantes planteadas al evaluar la CV, ya que, aunque proporcionan información sobre unidades culturales/administrativas, ofrecen poca o ninguna información acerca de la CV de los individuos dentro de la unidad. En consecuencia, aumentó el interés por la evaluación de la percepción de los individuos de su CV, encontrándose indicadores subjetivos para el constructo.

En este escenario, la CV ha venido a integrar, paulatinamente, el grado de satisfacción que el individuo tiene con su propia vida y presupone la capacidad de efectuar una síntesis cultural de todos los elementos que una determinada sociedad considera su patrón de comodidad y bienestar. Por lo tanto, el término abarca muchos significados, reflejando los conocimientos, las expectativas y los valores individuales y colectivos, en diferentes épocas, espacios e historias, siendo por lo tanto, una construcción social¹.

En los últimos años se ha prestado mucha atención a explorar el impacto que los problemas de salud tienen sobre la CV en general, por este motivo se ha demostrado que el cambio en la medición de los problemas psicosociales, además de las medidas biomédicas, juegan un papel importante para asegurar un resultado positivo para el paciente desde su perspectiva, y se ha convertido en una medida de resultado importante^{14,15}.

Locker³ señala que el concepto de CV es esquivo y abstracto, aunque sabemos intuitivamente lo que significa es difícil de definir. De igual forma señala que la CV se refiere a eventos multidimensionales, complejos y no bien demarcados que tienen un carácter predominantemente subjetivo, que está en constante evolución y que puede variar según los contextos sociales, culturales, políticos y prácticos en los que se está operacionalizando y midiendo el concepto, es por esto que la CV implica, necesariamente, juicios personales y sociales sobre lo que es normal o valioso y está fuertemente imbuido de valores.

El interés creciente en generar una definición global de salud, en contraste con la morbilidad o la mortalidad, se refleja en el conjunto de trabajos donde se describe la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). El concepto ampliado de salud incorpora en sí la noción de CV al establecer que las condiciones sociales, ambientales, económicas, culturales y psicológicas construyen el proceso de salud-enfermedad¹⁶, por lo tanto, salud y CV están intrínsecamente relacionadas con los elementos que determinan un patrón de comodidad y bienestar tanto individual como colectivo. Con base en esta premisa, medir salud no se restringe a la ausencia de enfermedad, por lo que se deben considerar otras dimensiones incluidas en este proceso como lo son las dimensiones subjetiva y social, así como tener en cuenta las repercusiones de los problemas de salud en el cotidiano de los individuos^{16,17}.

La evaluación simultánea de las dimensiones sociales y psicológicas en conjunto con el cuadro clínico del individuo ha sido debatida ampliamente en estudios que demuestran que condiciones distintas de salud revelan diferentes impactos en el cotidiano de las personas¹⁸⁻²² así, el análisis de múltiples dimensiones relacionadas a la CV puede contribuir en la identificación del dominio que está más comprometido.

Es por esto que a partir del Modelo de Salud planteado por Locker²⁻⁴ se pueden establecer relaciones específicas entre las dimensiones que éste abarca y su asociación con las variables relacionadas con la CV. De esta forma, los factores biológicos y fisiológicos determinan los síntomas, los cuales influyen en el funcionamiento del individuo, que a su vez determina la evaluación de su salud,

desde un concepto más amplio y no sólo como la mera ausencia de enfermedad y, consecuentemente, de la CV. En todos estos niveles también se encuentran involucradas las características individuales como la personalidad y los valores, y ambientales como el soporte social y económico²³.

Por lo anteriormente señalado, este Modelo facilita la comprensión de las asociaciones entre los parámetros de salud y la CV y es útil en la formulación de estrategias para mejorar el estado funcional del individuo, requiriendo no sólo la identificación de los factores clave que los determinan sino también su importancia relativa y el grado en que pueden ser modificados¹.

EL MODELO DE SALUD DE LOCKER Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Los EV saludables representan un conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales puede ejercer un cierto control lo cual determina, en gran medida, las acciones frente a la salud o la enfermedad. Algunos autores²⁴⁻²⁷ enfatizan que desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan a riesgos que ubican a la salud en entredicho. Además plantean que una gran parte de los problemas de salud de los individuos se relacionan directamente con los estilos de comportamiento.

Graham y White²⁸ destacan que todos aquellos factores que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales los individuos pueden ejercer cierto control y, aquellos relacionados con las condiciones socioambientales como la contaminación o disponibilidad de recursos básicos pueden poner en riesgo la salud, determinando, en gran parte, los criterios de ajuste que los individuos desarrollan para adaptarse al medio, están directamente relacionados con los EV y los comportamientos de autocuidado.

Los EV están influenciados por diversos factores que son aprendidos y por lo tanto pueden ser modificables durante el curso de la vida. Éste constructo alude a la forma de vivir de los sujetos y las comunidades y se relaciona estrechamente con los componentes motivacionales y conductuales. Es decir, hace referencia a la

forma en que el ser humano se realiza como ser social, en condiciones específicas y particulares^{24,25}.

Los EV saludables son aquellos que propician la adquisición y mantenimiento, en la vida cotidiana, de pautas de conducta que, de manera individual y colectiva, mejoran la CV. Incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones para restablecer, mantener o mejorar la salud, el bienestar y la CV de forma integral, además, son el producto de dimensiones personales, ambientales y sociales que emergen no sólo del presente sino también de la historia personal²⁵.

El estudio de los EV se encuentra estrechamente relacionado con la formulación de políticas públicas y la relación entre los hábitos, la exposición a riesgos para la salud y el desarrollo de enfermedades prevalentes, así como las estrategias de intervención con la finalidad de prevenir patologías específicas, promocionando los EV saludables²⁹.

El Modelo Teórico de Salud de Locker²⁻⁴ en el cual se enfatiza la salud en relación directa con la CV tiene inmerso, de igual forma, la asociación tanto de aquellos comportamientos que exaltan la salud como aquellos que la ponen en riesgo, pudiéndose incorporar de esta forma el término Estilo de Vida Relacionado con la Salud³⁰.

Elliot³¹ destaca que los EV saludables deben entenderse como un patrón de comportamientos que se relacionan con la salud y que son realizados de una manera relativamente estable. Así mismo señala que el constructo denota combinaciones de conductas que ocurren de manera consistente y organizada en respuesta a diferentes situaciones vitales de cada individuo o grupo poblacional.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DESDE EL MODELO DE SALUD DE LOCKER

La adición del concepto de EV saludables a la CVRS por medio del Modelo Teórico de Locker permite el estudio de las conductas de salud desde una perspectiva multidimensional que adquiere implicaciones importantes para la

conceptualización, medición y modificación de las conductas de salud, ya que se centra en formas complejas de interacción entre las conductas de riesgo para la salud, entendiéndose desde la multidimensionalidad de los EV. En la adición de ambos constructos al mencionado Modelo Teórico, se puede considerar que un riesgo para la salud no es una tendencia aislada de comportamiento, sino más bien un componente de un entramado de variables. En esta perspectiva, se podría asumir que una variable central dentro del complejo de interrelaciones entre EV y CVRS puede considerarse más importante en la prevención de los problemas de salud y para la promoción de la salud que aquellas consideradas directas pero que se encuentran aisladas dentro de cada constructo.

Es así como por medio de éste Modelo Teórico podemos incorporar conceptos que abarquen múltiples conductas que, relacionadas con los EV, permitan llegar de forma lineal y paralela a un estudio más completo de la CVRS. Sin embargo, es necesario definir los dominios de cada conducta de salud que puedan ser utilizadas para su medición.

De igual forma, por medio del Modelo estudiado, se pueden conformar estrategias para la modificación de aquellas conductas que se relacionan a comportamientos que comparten causas comunes. Es decir, la diferenciación de las conductas en varias categorías, sobre la base de la existencia de EV que pueden afectar más de una dimensión de la salud, implica definir bien las bases para la identificación de antecedentes de conductas de salud que pueden afectar la CVRS y que pueden ser modificables, con la finalidad de proporcionar fundamentos claros para la elección de las intervenciones.

REFERENCIAS

1. Lambertini A. Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal de los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela. Trabajo de Ascenso. Universidad Central de Venezuela. 2018.
2. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Hlth.* 1988;5:3-18.
3. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: GD Slade (Ed). *Measuring Oral Health and Quality of Life.* Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997.
4. Locker D, Quiñonez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life?. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(1):3-11.
5. Patrick DL, Erickson P. What constitutes quality of life?. Concepts and dimensions. *Clinical Nutrition.* 1988;7:53-63.
6. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology.* 1993;46(12):1417-1432.
7. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Journal of Rheumatology.* 1995;24:61-63.
8. Mathias SD, Williamson CL, Colwell HH, Cisternas MG, Pasta DJ, Stolshek BS, Patrick DL. Assessing health-related quality of life and health state preference in persons with obesity: a validation study. *Quality of Life Research.* 1997;6:311-321.
9. Wolfensberger W. The growing threat to the lives of handicapped people in the context of modernistic values. *Disability and Society.* 1994;9(3):395-413.
10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 1997;21(1):19-28.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública.* 1999;33:198-205.

12. Noll H, Wlfgang Z. Social Indicators research: Societal monitoring and social reporting. In: I. Borg, P. Mohler (eds.). Trends and perspectives in empirical social research. Berlin/New York: de Gruyter. 1994.
13. Evans P. Government action, social capital and development: Reciewing the evidence on synergy. *World Development*. 1996;24(6):1119-1132.
14. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 2003;9(2):9-21.
15. Skevington SM. Measuring quality of life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999;47(5):449-459.
16. Minayo MC, Hartz ZM, Buss P. Quality of life and health: a necessary debate. *Ciencia y Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
17. Castro RA, Portela MC, Leão AT. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(10):2275-2284.
18. Seidl FME, Zannon CLM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituales e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:580-588.
19. Landeiro GMB, Raimundo CC, Gomes MJ, de Araújo ER. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(10):4257-4266.
20. Monteiro R, Braile DM, Brandau R, Jatene FB. Qualidade de vida em foco. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010;25(4):568-574.
21. Vasconcelos LC, Prado RR, Mendes JB, Ferraz R. Self-perceived oral health among elderly individuals in a médium-sized city in Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1101-1110.
22. de Groor S, Redekop WK, Versteegh MM, Sleijfer S, Oosterwijk E, Kiemeney LA et al. Health-related quality of life and its determinants in patients with metastatic renal cell carcinoma. *Quality of Life Research*. 2017. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1704-4>.
23. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Publ Health Dent*. 1994;54(3):167-176.
24. Farhud DD. Impact of Lifestyle on health. *Iran J Public Health*. 2015;44(11):1442-1444.
25. Kickbusch I. Life-styles and health. *Soc Sci Med*. 1986;22(2):117-124.

26. Al-Nakeeb Y, Lyons M, Dodd LJ, Al-Nuaim A. An investigation into the Lifestyles, health habits and risk factors of young adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12:4380-4394.
27. Cockerham WC. Health Lifestyles Theory and the convergence of agency and structure. *J Health Soc Behav*. 2005;46(1):51-67.
28. Graham H, White PCL. Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives. *Public Health*. 2016;141:270-278.
29. Álvarez LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;30(1):95-101.
30. Coups E, Gaba A, Orleans T. Physician screening for multiple behavioral health risk factors. *Am J Prev Medicine*. 2004;27:34-41.
31. Elliot DS. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. In: SG Millstein, AC Petersen, EO Nightingale (Eds). *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century*. Oxford: Oxford university Press. 1993.