
El concepto de “calidad de vida” en los estudiantes de Medicina y residentes de Postgrado de un hospital universitario.

Nancy González¹, Judith Padilla², Ernesto Rodríguez², María Esteva², María Ruiz², Rosa Tomarelli², Berenice Espejo², Isabel Granados², Franca Zarelli², Lilian Chung² y Gisela Cordido³.

¹Centro Nacional de Enfermedades Reumáticas, Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social, Hospital Universitario de Caracas. Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela. ²Centro Nacional de Enfermedades Reumáticas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Hospital Universitario de Caracas. ³Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela.

Palabras clave: Análisis de contenido, calidad de vida, estudios médicos

Resumen. Se investigó el concepto de “calidad de vida” y la utilidad del mismo en la práctica médica en un grupo de residentes de postgrado e internos de pre y postgrado en el Hospital Universitario de Caracas (HUC). A una muestra tomada al azar, sin reemplazo y por estratos, de 123 personas (13 internos de pre-grado, 23 internos de post-grado, 84 residentes de post-grado pertenecientes a las cuatro especialidades madre, 3 no identificaron el nivel), se les dio una encuesta autoadministrada con preguntas cerradas y una pregunta abierta relacionada con el concepto de calidad de vida. La edad media del grupo encuestado fue de $29 \pm 3,55$ años, no encontrándose diferencia significativa entre mujeres y hombres. Mas del 50% de los encuestados leyeron sobre calidad de vida en periódicos, revistas y novelas sin diferencia entre los grupos ($p=0,15$). El 68% había oído hablar de calidad de vida en institutos docentes (escuela de medicina, colegio o seminarios), no encontrándose diferencia entre los grupos en relación al sitio donde se oyó hablar ($p=0,15$). Sin embargo, no se encontró correspondencia entre “el quien” y “donde se oyó hablar” ($p<0,001$). Todos consideraron que la calidad de vida era un elemento importante en el acto médico (tratamiento o diagnóstico), pero la importancia relativa de la calidad de vida para el diagnóstico se perdía en contraste con su uso para el tratamiento

($p < 0,0001$). No todos los elementos que formaban parte del concepto fueron considerados como importantes, siendo esta discrepancia estadísticamente significativa, independientemente del grupo estudiado, ($p < 0,05$). El análisis de contenido reveló: las definiciones no médicas correspondieron al 85,12% y, de éstas, el 50% hablaban de potencialidad o condición; los elementos más frecuentemente mencionados fueron los sociales (27,65%), los psicológicos (23,53%) y los económicos (12,35%). En la mayor parte de las definiciones no se encontró un sujeto claramente definido y en algunos casos la calidad de vida sólo parecía corresponder a personas enfermas. En conclusión, existe una adquisición de conocimiento informal y no dirigida de "calidad de vida" en los estudiantes de medicina y médicos de post-grado, con una pobre aplicación del concepto en la práctica; esto sugiere la necesidad de incorporar conocimientos sobre el tema en la formación médica, así como su utilidad práctica tanto para el ejercicio profesional en general como durante la aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

The concept of quality of life among medical students, interns and residents in a university hospital.

Invest Clín 2000; 41(4): 219-235.

Key words: Open question analysis, quality of life, medical studies.

Abstract. We investigated the quality of life concept and its uses by both residents and interns as well as last year medical students in the University Hospital in Caracas (HUC). A by strata random sample without replacement of 123 persons completed a self administered questionnaire which included a set of closed questions and one of open question related to the quality of life concept. The mean age was 29 years for both sexes (3.55 standard deviation or SD). There was not a statistically significant difference between males and females. More than 50% read about quality of life in either newspapers, journals and fiction literature. There was no difference among the groups ($p=0,25$). Only 68% had heard in a different sort of academical institution the term "quality of life" such as in the school of medicine, highschool or in some discussion groups with no differences among the groups ($p=0,15$). However, there was no agreement as from whom and where they learned about quality of life ($p < 0,001$). Although everybody considered that the quality of life was an important element in medical actions such as diagnostic or therapeutics, its importance was reduced for diagnosis compared to treatment ($p < 0,0001$). All the elements that were considered as part of the concept were also considered as important regardless of the group and was statistically significant ($p < 0,05$). The open question analysis showed that the non-medical defections represent

85,15% of the group out of them, 50% included term of potentiality or condition. Among the elements included in the definition was the social in 27,65%, psychological in 23,53% and, the economical in 12,35% of the questionnaires. The great majority of the "quality of life" definition did not include a clearly defined subject and in many cases it was exclusively related to ill persons. Finally, there is an informal and not well oriented form of learning about "quality of life" in residents, interns and last year medical students with a lack of a good applicability in the medical practice. Therefore, there is a need for a formal training on quality of life along the medical studies and its uses in the medical practice in general and with special emphasis on diagnosis and therapeutics.

Recibido: 15-12-99. Aceptado: 17-11-2000.

INTRODUCCIÓN

Calidad de vida es un concepto que comienza a acuñarse en la década del 60, por un grupo de intelectuales tecnopolíticos reunidos en torno a los grandes institutos americanos de investigación tecnológica y social. El término no identificaba, en esas investigaciones, la medida de la eficiencia ambiental, o el rendimiento socioeconómico del ambiente, interpretándose el término "ambiente humano" como la compleja y múltiple correlación de grupos sociales y entornos artificiales y naturales. Calidad de vida, en tal contexto, empieza a definirse como un juego de estándares cuya verificación tiende a la optimización del uso territorial o a la mayor interacción social de los miembros de un grupo, traducándose en el aprovechamiento de recursos y en la satisfacción de necesidades (1).

Por otro lado, el término, tal como se utiliza en el contexto médico, integra una amplia gama de capacidades, limitaciones, síntomas y

características psicosociales que describen la capacidad de un individuo, tanto para cumplir diversas funciones como para obtener satisfacciones. Entre los aspectos del estado bio-psico-social de un individuo que pueden verse afectados favorable o desfavorablemente por un tratamiento médico, se encuentran la capacidad de actuación en la vida diaria, el cumplimiento de los roles sociales, el rendimiento y productividad profesional, la capacidad intelectual, la estabilidad emocional y la satisfacción general en la vida (2). Todos estos elementos forman parte de la calidad de vida de cada individuo y, dependiendo del punto de referencia y expectativas individuales, ésta es mejor o peor, lo que representa un continuo que varía con las circunstancias y con el tiempo.

Así tenemos que con frecuencia, tanto los pacientes como los médicos utilizan diferentes indicadores y puntos de referencia para valorar la salud y el bienestar. Los primeros dan mayor importancia a los

aspectos subjetivos de la calidad de vida y, los segundos, se centran más en el proceso objetivo de salud-enfermedad. Los pacientes y sus familiares evalúan a menudo la eficacia de aspectos diagnósticos y terapéuticos de la atención médica, principalmente en aquellos términos donde se observa la influencia sobre diversas variables relacionadas con su bienestar, satisfacción y felicidad. A los pacientes les preocupa, entre otras cosas, su capacidad para enfrentarse con los problemas de la enfermedad, grado de actividad y bienestar, estado emocional, utilidad y productividad, valorando el apoyo destinado a reducir su grado de enfermedad e incrementar su autonomía. Si se satisfacen estas expectativas y necesidades, los pacientes y sus familiares consideran que han recibido asistencia médica de alta calidad, independientemente de la precisión o detalle de los diagnósticos y la erradicación de la enfermedad o trastorno. El mantenimiento de la función es importante, particularmente en las enfermedades crónicas, en las cuales los médicos deberían centrarse más en la influencia del tratamiento, en la capacidad del paciente, que en los beneficios terapéuticos (3).

Eiseman, al describir la base lógica y científica para la toma de decisiones médicas, advierte que "cuando valoramos la evolución de una enfermedad y los resultados de un tratamiento, es importante recordar siempre que la vida, además de

duración tiene profundidad" (2). Así pues, el disponer de una información pronóstica sobre la enfermedad de un paciente y conocer la probable evolución del deterioro funcional, la supervivencia o ambos, permiten al médico seleccionar el tratamiento que con mayor probabilidad pueda prolongar la vida y mantener el estado funcional (3).

De allí que el estimar cuánto conoce el médico recién graduado (menos de 6 años de su graduación) y el estudiante de medicina del último año de carrera sobre calidad de vida, nos permitiría evaluar la forma de enseñanza médica de esta materia y sugerir de ser necesarios cambios curriculares, siendo este estudio la primera aproximación al tema en el país.

Para responder este objetivo general nos planteamos los siguientes objetivos específicos: 1) Determinar si existen diferencias en el grado de importancia asignada a los componentes de la calidad de vida, entre los estudiantes de pregrado, internos de postgrado y los cursantes de postgrado de la escuela "Luis Razetti" de la Facultad de Medicina de la UCV, adscritos al Hospital Universitario de Caracas (HUC). 2) Evaluar el impacto del concepto de calidad de vida en la práctica médica. 3) Determinar si existen diferencias en las fuentes a partir de las cuales los cursantes de pre y postgrado adquirieron el concepto de calidad de vida, y 4) Conocer qué definición de calidad de vida es utilizada por el grupo estudiado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Método para la toma de la muestra. Marco de referencia muestral

Se realizó un muestreo aleatorio de sorteo simple sin reemplazo utilizando un listado completo de los residentes de post-grado e internos de pre y post grado del HUC. El muestreo se realizó en cada uno de los estratos; a saber: 1- internos de pre-grado, 2- internos de post-grado y 3- residentes de postgrado, de acuerdo a la especialidad madre: cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología-obstetricia.

Tamaño de la muestra

La muestra calculada fue de 20 sujetos por cada grupo (internos de pre y post grado y residentes de cada una de las 4 especialidades principales), lo cual permite alcanzar un poder de 80 y detectar una diferencia tan pequeña como de 5% entre los grupos, y con un nivel de significancia de 0,05, test de dos colas. El total estimado fue de 120 personas. Se sortearon 132 personas, considerando que un 10% de las personas pudieran no estar disponibles para el momento del estudio.

Recolección de la información

Se administró una encuesta que incluía los siguientes elementos: sitio donde se había oído el concepto de calidad de vida, a quién se le había oído, grado de importancia para el diagnóstico y tratamiento, qué elementos formaban parte de la calidad de vida y cuál era el grado de

importancia de cada uno de ellos. Se incluyó además, una pregunta abierta para la definición de calidad de vida (Anexo I).

En la elaboración de dicha encuesta se utilizó la siguiente definición de calidad de vida desarrollada por los investigadores: es un continuo relativo, individual, determinado por la percepción, el significado, los valores, las creencias y actitudes que el individuo posee ante su propia vida y en la cual se incluyen elementos subjetivos. Los subjetivos son: felicidad, satisfacción de necesidades, bienestar, vida afectiva, recreación y logros, relaciones sociales, familiares y laborales y los objetivos: vivienda, nivel educativo y económico, capacidad funcional, imagen corporal y salud.

Análisis de los datos

Descripción de la muestra total, número y porcentaje de acuerdo al sexo y nivel académico. Se calculó la media y desviación estándar (DS) de la edad y se compararon las edades por sexo y nivel académico con el test de ANOVA.

Se construyeron tablas de contingencia y se calculó el chi-cuadrado (χ^2) y sus grados de libertad (g.l.) para evaluar las diferencias entre los grupos para cada aspecto evaluado en la encuesta (4).

Para analizar el contenido de la pregunta abierta se siguió el siguiente procedimiento (5):

– Se seleccionaron al azar 22 encuestas de un total de 123, para una prueba piloto del análisis de contenido. El análisis de dichas

encuestas permitió definir dos áreas principales: definición propiamente dicha y elementos.

- Las 101 encuestas restantes fueron leídas detenidamente y se extrajeron de ellas la definición y los elementos correspondientes al contenido objetivo o explícito de las mismas y el contenido subjetivo o implícito.
- Para el análisis del **contenido objetivo o explícito** se utilizó la frase que correspondía a la definición y los elementos que conformaban el concepto de calidad de vida (5). Esto permitió clasificar el contenido en una o más de las siguientes áreas y categorías:

Definición: corresponde a la parte de la respuesta que incluye los elementos que componen la calidad de vida.

Contenido Principal: incluye aquellas definiciones cuyo sentido esté representado por un conjunto de elemento, puntos de vista, puntos de referencia, forma, manera y potencialidad. Estas se subdividen en:

1. **Médicas:** son aquellas definiciones que utilizan el concepto de calidad de vida desde el punto de vista del paciente y/o del médico, como un tratamiento o como una modalidad paliativa, en salud o enfermedad. Por ejemplo: *“lo que la medicina ofrece al paciente en base al diagnóstico y tratamiento, pronóstico y adaptación al medio”*.

2. **No médicas:** aquellas definiciones cuyo sentido es de condición, forma, conjunto de elementos y potencialidad, sin relación con el médico o el paciente.

- **Condición:** sentido de circunstancia o naturaleza, por ejemplo: *“es una condición socio-económica-sanitaria en la cual están en grado variable cualquier individuo de la sociedad”*.
- **Forma:** aquéllas que tiene el sentido de modo o manera de proceder u obrar, como por ejemplo: *“modo de desenvolvimiento personal y tipo de vida elevada”*.
- **Conjunto de elementos no especificados:** aquellas definiciones que no mencionan elementos individuales, sino como una agrupación no definida. De acuerdo al contexto del mismo se dividen en activos (denotan movimiento, crecimiento, dinamismo) o pasivos (ausencia de movimiento o estáticos). Ejemplos de definiciones correspondientes a conjunto de elementos no especificados, pasiva y activa respectivamente, se muestran a continuación. *“Es prácticamente reunir todas las “x” marcadas. Sólo que es difícil actualmente”*. *“Es el conjunto de elementos tanto inherentes al individuo como del medio ambiente que los rodea, que hacen que*

el individuo se sienta bien y que por lo tanto lo conducen a mejorar todos los días en todos los aspectos de la vida”.

- **Conjunto de elementos especificados:** aquellas definiciones que mencionan o listan elementos individuales específicos. De acuerdo al contexto del mismo se dividen en activos (denotan movimiento o crecimiento, dinamismo) o pasivos (ausencia de movimiento, estáticos). Ejemplo de una definición pasiva es el siguiente: *“conjunto de elementos que influyen en la vida diaria de los individuos y que de una u otra forma ayudan a llevar una vida mejor (salud, educación, cultura, etc)”.*
- **Potencialidad:** aquellas definiciones cuyo sentido es de capacidad o potencialidad. Ejemplo: *“es la posibilidad de realizar las actividades que den sentido a la vida”.*

3. **No clasificables:** no se pueden incluir bajo ninguna de las categorías anteriores como por ejemplo: *“es una característica que define el grado de bienestar en relación con todos los aspectos de la vida”.*

Elementos: incluye todos los elementos que se listaron dentro de la definición.

- **Físicos:** elementos físicos y biológicos.
- **Sociales:** sociales propiamente dichos, seguridad, vivienda, alimentación, transporte y ambiente.
- **Relaciones interpersonales:** las relaciones interpersonales propiamente dichas, el amor y la familia.
- **Psicológicos:** función intelectual, estado emocional, afectividad y psicológico propiamente dicho.
- **Salud-enfermedad:** sanitario, salud, enfermedad, servicio médico.
- **Recreación y tiempo libre:** recreación propiamente dicha y cultura.
- **Misceláneos:** moral, jurídico e individual.
- Para el análisis del **contenido subjetivo, implícito**, se hizo una descripción de la percepción que tenían los autores sobre las respuestas a la pregunta abierta encontradas en la encuesta.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La edad media del grupo encuestado fue de 29 años para ambos sexos (DS 3,55 años), no encontrándose diferencia significativa entre las mujeres (29,31 ± 3,63) y los hombres (29,57 ± 3,47) y los diferentes niveles académicos ($p > 0,05$).

Del total de entrevistados 74 eran mujeres y 47 hombres (no

identificaron el sexo 2 encuestados), observándose un incremento no significativo en la proporción de mujeres a nivel de postgrado ($\chi^2 = 0,295$; 3g.l., $p=0,96$), tomando en cuenta las personas que no identificaron el nivel. Ochenta y cuatro (84) eran residentes de postgrado (24 en medicina interna, 11 de cirugía, 21 de pediatría, 17 de ginecología-obstetricia, 11 no identificaron el postgrado), 13 internos de pregrado y 23 internos de postgrado. Las 3 encuestas que no tenía identificación del nivel académico aunque fueron eliminadas del análisis comparativo entre niveles se les incluyó para el análisis de contenido. El 18,7% eran egresados de la UCV (23/123).

Aproximadamente la mitad del grupo informó haber leído sobre calidad de vida (49,17%), sin embargo al analizar la información del sitio donde se leyó, se encontró que el 53,65% del grupo total, leyó en al-

guna parte sobre el tema, lo que sugiere que una parte del grupo que leyó, no reportaron haberlo hecho. En la Tabla I se aprecia que en la mayoría de las personas que leyeron lo hicieron en periódicos y literatura no médica, no encontrándose diferencia entre los tres grupos de sujetos entrevistados (internos de pre y post grado y residentes de postgrado) ($\chi^2 = 12,48$; 10 g.l.; $p=0,25$).

Ciento tres (85,83%) personas respondieron que si habían oído hablar del término de calidad de vida. De estos, el 68% oyó hablar de "calidad de vida" en institutos docentes (escuela de medicina, colegio o seminarios), no encontrándose diferencia entre los internos (pre y postgrado) y residentes que habían oído hablar ($\chi^2 = 14,55$; 10 g.l.; $p=0,15$) lo cual se muestra en la Tabla II.

Más de la mitad de los encuestados (72/120), no lograron identificar la persona a quien oyeron ha-

TABLA I
SITIO DONDE SE LEYÓ SOBRE CALIDAD DE VIDA

SITIO*	INTERNOS PREGRADO Nº (%)	INTERNOS POSTGRADO Nº (%)	RESIDENTES Nº (%)	TOTAL Nº (%)
No indica	10 (76,92)	12 (52,17)	35 (41,67)	57 (47,50)
Periódicos y novelas	3 (23,08)	4 (17,39)	18 (21,43)	25 (20,83)
Periódicos y revistas para público en general	0	1 (4,35)	13 (15,48)	14 (11,67)
Revistas para público en general	0	3 (13,04)	9 (10,71)	12 (10,00)
Libros (textos)	0	1 (4,35)	7 (8,33)	8 (6,67)
Literatura médica y no médica	0	2 (8,70)	2 (2,38)	4 (3,33)
Total	13 (100)	23(100)	84 (100)	120 (100,00)

$\chi^2 = 12,48$; 10 g.l.; $p=0,25$. * categorías excluyentes.

TABLA II
SITIO DONDE SE OYÓ HABLAR DE CALIDAD DE VIDA

SITIO*	INTERNOS PREGRADO Nº (%)	INTERNOS POSTGRADO Nº (%)	RESIDENTES Nº (%)	TOTAL Nº (%)
Instituto docente y casa	3 (23,08)	0	10 (11,90)	13 (10,83)
Otros	2 (15,38)	0	11 (13,10)	13 (10,83)
Instituto docente	4 (30,77)	10 (43,48)	11 (13,10)	25 (20,83)
Instituto docente y otros	0	2 (8,69)	5 (5,95)	7 (5,83)
Casa	0	0	3 (3,57)	3 (2,50)
Todos	1 (7,69)	2 (8,70)	0	3 (2,50)
No refieren	3 (23,08)	9 (39,13)	44 (52,38)	56 (46,68)
TOTAL	13 (100,00)	23 (100,00)	84 (100,00)	120 (100,00)

$\chi^2 = 14,55$; 10 g.l.; $p=0,15$ entre los personas que había oído. *categorías excluyentes

blar el término calidad de vida. Treinta y siete de 50 señalaron al profesor como la fuente y el resto señaló a un amigo. Es importante resaltar que de los 37 encuestados que identificaron a la figura del profesor como fuente, sólo 7 dijeron que éste era de la Escuela de Medicina y 20 no pudieron ubicarlo. En resumen, no se encontró correspondencia entre “el quién” y el “dónde oyó hablar” sobre el término ($\chi^2 = 27,60$; 12 g.l.; $p<0,001$).

No existió diferencia según el nivel (pre o postgrado) al considerar la calidad de vida como un elemento importante en el acto médico, para el tratamiento o el diagnóstico, siendo considerado en su mayor parte como importante o muy importante. Sin embargo, al comparar la importancia relativa de la calidad de vida para el diagnóstico o el tratamiento, se encontró que el grado de importancia asignado variaba poco para el

diagnóstico y perdía importancia cuando se utilizaba al momento de decidir el tratamiento ($\chi^2 = 174,90$; 24 g.l.; $p<0,0001$). Es decir que la consideración de la calidad de vida como importante y su importancia real asignada dependiendo de la situación (diagnóstico o tratamiento) no concordaban entre sí.

El análisis de cada elemento en particular, muestra que no todos los elementos considerados como parte del concepto eran considerados como importantes, observándose esta discrepancia en todos los elementos individuales evaluados; así por ejemplo, el cuidado personal fue considerado como importante o más o menos importante por 7 de los encuestados y sin embargo no formaba parte de la calidad de vida de acuerdo a esos mismos encuestados. Doce de los encuestados consideró que la actividad sexual, aunque formaba parte del concepto de calidad

TABLA III
DISTRIBUCIÓN DE LAS DEFINICIONES DE ACUERDO AL CONTENIDO PRINCIPAL
(ANÁLISIS EXPLÍCITO)

CONTENIDO	Nº	%
Médica	13	12,87
No médicas:	86	85,15
Condición	33	
Forma	13	
Conjunto de elementos:	19	
•Listados:	12	
Activos	4	
Pasivos	8	
•No Listados	7	
Activos	5	
Pasivos	2	
Potencialidad	34	
No Clasificable	2	1,98

de vida, no se consideraba un elemento importante.

ANÁLISIS DE CONTENIDO

Explícito

En la Tabla III se muestra la frecuencia de cada una de las categorías utilizadas para la definición. Se observa que la mayor parte de las respuestas corresponden a la categoría de no médicas (85,15%) y dentro de estas, los que consideran que la calidad de vida es una potencialidad o una condición, corresponden a más del 50%.

En la Tabla IV se muestra la distribución de las definiciones de acuerdo a los elementos utilizados en la misma. Los más frecuentes fueron los sociales (27,65%), lo psi-

cológicos (23,53%) y los económicos (12,35%).

Es importante señalar que los elementos utilizados para definir calidad de vida no incluyeron la imagen corporal, la sexualidad, el cuidado personal y la función intelectual.

Implícito

En la mayor parte de las definiciones no se encontró un sujeto claramente definido; no se podía determinar quien era el ente susceptible de tener calidad de vida. En algunos casos, la calidad de vida sólo parecía corresponder a personas enfermas, teniendo que ver más con cantidad de vida. La calidad de vida parecía entonces surgir cuando la persona pierde la salud. En ocasiones

TABLA IV**DISTRIBUCIÓN DE LAS DEFINICIONES DE ACUERDO AL ELEMENTO INCLUIDO (ANÁLISIS EXPLÍCITO)**

ELEMENTO	Nº	%
Social	47	27,65
Psicológico	40	23,53
Económico	21	12,35
Físico	18	10,59
Salud-enfermedad	11	6,47
Relaciones interpersonales	10	5,88
Educación	8	4,71
Misceláneos	6	3,53
Recreación y tiempo libre	5	2,94
Laboral	4	2,35

se expresaba como algo previamente determinado, que proviene del medio ambiente, no susceptible de ser modificado manifestándose como algo dinámico, donde interactuaban el individuo y el medio ambiente.

Por último en algunos casos, se definía calidad de vida como un fin deseable, una condición de bienestar absoluto, que muchas veces tenía las características de utópico e idealista y en pocas ocasiones parecía ser algo alcanzable.

DISCUSIÓN

Son escasos los estudios reportados en la literatura médica que dentro de su metodología incluyen calidad de vida como aspecto importante a tener en cuenta; de hecho, Batel-Copel y col (7) en una investigación realizada entre los años 1980 - 1995 para determinar si los médicos oncólogos durante ese período habían incrementado su interés res-

pecto a la calidad de vida de sus pacientes, revisaron todos los ensayos fase II y fase III publicados en cuatro revistas oncológicas importantes tanto de EEUU y Europa, encontrando que los ensayos que incluían ese tema incrementaron de 0% en 1980 a un 3% en 1995. De las 13 publicaciones que tomaron en cuenta la calidad de vida, sólo 4 reunieron todos los criterios válidos por ellos seleccionados para ser considerado como un ensayo adecuado.

Por otro lado, los estudios referentes al conocimiento que del tema poseen los médicos y el personal de salud a nivel mundial se circunscriben principalmente al área de la oncología, no encontrando en nuestro país hasta los momentos estudios al respecto.

Sin embargo se asume implícitamente que los médicos incorporan en su práctica clínica el concepto de calidad de vida, existiendo pocos datos respecto a la utilización del mis-

mo en la toma de decisiones. Taylor y col. (8) en 1996 publicaron un estudio en el que entrevistaron a 60 oncólogos en Canadá y Estados Unidos; de éstos, la mayoría percibía como importante la calidad de vida, sin embargo se observó una tendencia al uso informal de este concepto y a no ser tomada en cuenta en todas las situaciones de la práctica médica oncológica. Posteriormente en 1997 el mismo grupo de Taylor en Canadá (9), desarrolla y aplica un instrumento (MD-QOL Survey) con el objeto de investigar qué tan importante consideraba un grupo de ginecólogos-oncólogos era el obtener información acerca de calidad de vida de sus pacientes. De los 28 oncólogos que respondieron el cuestionario, la mayoría opinó que la calidad de vida debe ser tomada en cuenta, sobre todo desde la perspectiva del propio paciente. La mitad opinó que la información era útil en la práctica médica. Noventa y tres por ciento afirmó que se daba un tratamiento mas integral al incluir este aspecto y un 7% afirmó que la principal función del médico es salvar vidas y no la calidad de vida. En nuestro estudio el número de sujetos que consideraron la calidad de vida en la atención médica como importante fue de 118/121 (97,52%), de éstos el 100% la consideró importante o muy importante para el tratamiento y el 83% para los procedimientos diagnósticos.

Por otro lado, aunque todos los encuestados consideraron importante o muy importante la calidad de vida en la práctica médica, siendo

esto predominante a la hora de un procedimiento diagnóstico, esta perdía importancia al tratarse de medidas terapéuticas, lo cual permite sugerir que a la hora de introducir este tema en los pensa de pre y/o postgrado, se tome en cuenta esta diferencia de apreciación, ya que al emplear recursos terapéuticos en el enfermo es muy importante tomar en cuenta la repercusión de los mismos en la calidad de vida del sujeto. Es relevante la armonización entre la creencia y la práctica.

En 1998 Tanaka y Gotay (10) realizan una interesante comparación entre oncólogos y estudiantes de medicina acerca de las perspectivas de tomar en cuenta la calidad de vida en los pacientes, obteniendo como resultado que ambos grupos expresaron un considerable interés en el tema y virtualmente todos consideraron a la calidad de vida como parte importante del cuidado médico. Recomiendan los autores que esta actitud positiva debe servir de base para incluir en la formación tanto de médicos generales como especialistas programas educativos al respecto. Sin embargo, vale la pena destacar que ni el concepto ni las fuentes de las que los entrevistados obtuvieron la información fueron exploradas, siendo estos aspectos de relevancia a la hora de su aplicación en la toma de decisiones. Ambos elementos fueron explorados por nosotros en el presente trabajo, demostrando que la adquisición del conocimiento si bien se adquiría predominantemente en institutos docentes y a través de profesores, los profesores de la Facultad

de Medicina tienen un rol poco relevante comparado con otras fuentes de aprendizaje. Sin embargo, es importante destacar que la población de la cual se tomó la muestra estaba conformada por médicos jóvenes, en formación, cuyo interés fundamental podría estar orientado más a la adquisición de técnicas diagnósticas y terapéuticas para obtener las destrezas necesarias en el manejo de las mismas y no a la sensibilización por la persona que padece determinada enfermedad, pudiendo explicar algunas de las discrepancias y contradicciones encontradas tales como la falta de correspondencia entre “el quién” y el “dónde oyó hablar” y entre la fuente y el tipo de fuente utilizada para aprender sobre calidad de vida. Las referencias leídas sobre el tema y señaladas por los encuestados, no eran de carácter científico, sino tomadas de periódicos, novelas y revistas para el público en general. Sin embargo, pareciera que a pesar de no ser un tema de lectura importante en las revistas y textos científicos, comienza a oírse en los institutos docentes tales como escuelas de medicina, colegios y liceos, aunque la escuela de medicina no parece ser la fuente más importante de información.

Así mismo debe resaltarse el hecho que en la mayor parte de las definiciones el sujeto no estaba claramente especificado o identificado. Cuando lo estaba, este resultaba ser personas que habían perdido la salud.

Por otro lado, los elementos utilizados para definir calidad de

vida, no incluían la imagen corporal, la sexualidad, el cuidado personal ni la función intelectual, aspectos importantes a tener en cuenta en la persona enferma, ya que tanto la estética como los elementos emocionales y sexuales del individuo, constituyen pilares fundamentales para una existencia armónica. A lo anterior se le añade el hecho de no ser considerados como importantes elementos que sí forman parte del concepto de calidad de vida.

En ningún caso se encontró una definición completa para calidad de vida y en la mayoría de los casos, ésta se asemejaba a la definición de salud de la OMS (Oficina Mundial de la Salud), e incluía expresiones como la siguiente: “... completo bienestar bio-psico-social”. En muchas oportunidades, los elementos eran expresados de forma genérica, no específica, como por ejemplo: “sentirse bien”, “intelectual”, “social”.

La calidad de vida para el grupo encuestado es una característica que, en ocasiones, califica y, en otras, cuantifica y es expresada como capacidad de adaptación, sugiriendo más el concepto de vida que el de vivir, sin tomar en cuenta la calidad.

En resumen, existe una adquisición de conocimientos informal no dirigida sobre “calidad de vida” en los estudiantes de medicina y médicos de post-grado, traducándose en una pobre aplicación del concepto en la práctica médica. La no conceptualización de “calidad de vida” sugiere la necesidad de incluir conoci-

mientos específicos sobre el tema en la formación médica, donde se incluyan mas aspectos cualitativos y su utilidad práctica tanto en general como a la hora de aplicar procedimientos diagnósticos y terapéuticos en los pacientes.

Finalmente, es importante recordar que no sólo tiene "calidad de vida" el paciente, sino también los familiares del mismo, y el médico, quien persistentemente pareciera excluirse del concepto, olvidando que el mejorar este último su "calidad de vida" y su grado de conciencia sobre la misma, indirectamente también mejoraría el tipo de asistencia médica impartida al paciente, acercándolo al concepto del nuevo paradigma en medicina que se está planteando desde hace varios años (6) y que cada vez está más vigente con los avances tecnológicos que tienden a distanciar la práctica médica y la persona enferma, restándole al enfermo su condición de ser humano integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FERNANDEZ R.: Calidad de vida: Un nuevo concepto, de una vieja idea? En: Sistema de la calidad de vida. Troquel: Buenos Aires, 1979.
2. EISEMAN B.: The Second Dimension. Arch. Surg 1981; 116:11-13.
3. WENGER N.: El Concepto de Calidad de vida. Calidad de vida y Atención Cardiovascular 1984; 1(1):2-14.
4. FLEISS J.: Statistical methods for rates and proportions. Second edition. John Wiley and sons, New York, 1981, pp56-82.
5. GRAWITZ M.: Métodos y Técnicas de las Ciencias Sociales. Ediciones Hispano-Europea: Barcelona, 1975.
6. FERGUSON M.: La Conspiración de Acuario. Transformaciones personales y sociales de este fin de siglo. Cuarta Edición. Editorial Kairós. Barcelona, 1990. pp274-319.
7. BATEL-COPEL L.M., KORNBLITH A.B., BATEL P.C., HOLLAND J.C.: Do oncologists have an increasing interest in the quality of life of their patients? A literature review of the last 15 years. Eur J Cancer 1997; 33(1):29-32.
8. TAYLOR K.M., MACDONALD K.G., BEZJAK A., NG P., DE PETRILLO A.D.: Physicians' perspectives on quality of life: an exploratory study of oncologists. Qual Life Res 1996; 5(1): 5-14
9. BEZJAK A., NG P., TAYLOR K., MAC DONALD K., DEPETRILLO A.D.: A preliminary survey of oncologists' perceptions of quality of life information. Psychooncology 1997; 6(2): 107-113.
10. TANAKA T., GOTAY C.C.: Physicians and medical students' perspectives on patients quality of life. Acad Med 1998; 73(9): 1003-1005.

Anexo

CENTRO NACIONAL DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

En la actualidad, la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario de Caracas, está desarrollando una investigación acerca de la opinión que tienen los internos (pre y post-grado) y residentes sobre **Calidad de Vida**.

Es por ello que le pedimos nos conceda unos minutos de su tiempo para responder el presente cuestionario. El mismo es **ANÓNIMO** y por lo tanto **NO ES NECESARIO QUE LO FIRME NI QUE COLOQUE SU NOMBRE**.

Igualmente, **NO PRETENDE EVALUAR SUS CONOCIMIENTOS Y/O EXPERIENCIA SOBRE EL TEMA**.

Le agradecemos lo conteste **COMPLETO** y con **LA MAYOR SINCERIDAD** posible, ya que de esta manera estará ayudando a obtener un mejor conocimiento acerca del tema que se está investigando.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!!

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Interno de pregrado: _____

Interno de postgrado: _____

Residente de postgrado: _____ Especialidad: _____

Nivel I ___ II ___ III ___

Universidad donde se graduó _____

1. Ha oído hablar sobre **“calidad de vida”**? Si ___ No ___ (si es negativa pasar a la pregunta 2, omitir preguntas 3 y 4)
2. Ha leído sobre **“calidad de vida”**? Si ___ No ___ (si es afirmativa la respuesta pasar a la pregunta 5 y siguientes)
3. Donde oyó hablar sobre **“calidad de vida”**?:
 Escuela de Medicina _____
 En el colegio _____
 En la casa _____
 En seminarios o curso extramurales _____
 Otros _____
4. A quién le oyó hablar sobre **“calidad de vida”**?:
 A un profesor de la escuela de medicina _____
 A un colega _____
 A un compañero de curso _____
 A un amigo (a) _____
 A un familiar _____
 Otros _____

- 5. ¿Donde leyó sobre “**calidad de vida**”?:
 Libros de texto ____
 Revistas ____
 Periódicos ____
 libros (novelas, ensayos) ____
Marque con una x la afirmación que más se asemeje a su forma de pensar en las siguientes preguntas

- 6. Considera que la “**calidad de vida**” en la atención médica:
 No es importante ____
 Es poco importante ____
 Es más o menos importante ____
 Es importante ____
 Es muy importante ____

- 7. En la decisión de utilizar una medida terapéutica, la “**calidad de vida**” del paciente:
 No es importante ____
 Es poco importante ____
 Es más o menos importante ____
 Es importante ____
 Es muy importante ____

- 8. En la decisión de utilizar un método diagnóstico en un paciente, considera que la “**calidad de vida**” es:
 No es importante ____
 Es poco importante ____
 Es más o menos importante ____
 Es importante ____
 Es muy importante ____

- 9. Como definiría Ud. “**calidad de vida**”?

En las siguientes preguntas, marque una sola casilla o columna, por cada elemento

- 10. Indique por cada elemento si este forma o no parte de la calidad de vida de una persona.

Elemento	Forma parte de la calidad de vida	No forma parte de la calidad de vida
Cuidado personal		
Relación social		
Relaciones familiares		
Relaciones laborales		
Función intelectual		
Estado emocional		
Status socioeconómico		
Nivel educativo		
Actividad sexual		
Imagen corporal		
Productividad		
Utilización del tiempo libre		
Estado de salud/ enfermedad		

11. Marque con una **x** una sola casilla por elemento que indique el grado de importancia de este elemento en determinar la calidad de vida de un sujeto.

Elemento	No es importante	Poco importante	Más o menos importante	Importante	Muy importante
Cuidado personal					
Relación social					
Relaciones familiares					
Relaciones laborales					
Función intelectual					
Estado emocional					
Status socioeconómico					
Nivel educativo					
Actividad sexual					
Imagen corporal					
Productividad					
Utilización del tiempo libre					
Estado de salud/ enfermedad					

