

➤ **Ambientes saludables y calidad de vida: desafíos del consumo de sustancias psicoactivas.**

Cristina Pecci<sup>1</sup>

“**Calidad de vida**” (CV) es un concepto muy amplio y en su sentido más general puede considerarse como una “buena vida” (Brock,1996). No hay teoría única sobre este término; si cierto consenso en que remite a la evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. En esta “evaluación”, como experiencia subjetiva, interviene el juicio pero también será resultado de la emoción; en ciertos aspectos deja de ser un acto de razonamiento para transformarse en una vivencia (Castro Ramírez,2001). Amartya Sen (1996), tiene un enfoque de CV relacionado con la capacidad para lograr funcionamientos valiosos como parte de la vida; capacidades para *ser o hacer* con libertad. Dice: “... la calidad de vida de... una persona no es sólo cuestión de lo que logra sino también de cuáles eran las opciones entre las que esa persona tuvo la oportunidad de elegir“. Aquí entra, sin duda la interacción con los factores del ambiente social.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el concepto de “calidad de vida” incluye decididamente al ambiente. La define como “ la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (WHOQOL Group. 1995). La definición de salud de la OMS<sup>2</sup> sugiere que la enfermedad compromete no solo aspectos biológicos o fisiológicos sino que también afecta el bienestar psicológico, social y económico; es una definición amplia e inclusiva que trasciende el modelo médico (Fries et al, 1990). Por su parte, D.Patrick (2006) sostiene que toda pretensión de tener una visión más amplia de los problemas médicos invoca al concepto de *calidad de vida* ya que su descripción muestra cómo la salud influencia y es influenciada por la experiencia del cuerpo y de la mente dentro de un contexto sociocultural determinado. Para mostrar esta especificidad se utiliza el concepto de “**calidad de vida relacionada con la salud**” (CVRS). Este concepto de CVRS indica que la evaluación se centra en la salud e involucra las experiencias que tiene la persona con la enfermedad, el dolor, la fatiga y la discapacidad y también con aspectos más amplios que impactan sobre el bienestar físico, emocional y social del individuo (Garrat et al.,2002).

Para Levi y Anderson, citado por Castro Ramírez, el determinante de la calidad de vida individual es el ajuste o concordancia entre las características de la situación de existencia y las oportunidades, expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal como él mismo las percibe. Así, la CV dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales. La salud no es sólo norma fisiológica sino también la capacidad: La capacidad que tenga el individuo para llevar adelante su programa vital, enfrentar la adversidad y proyectar su futuro.

En esta presentación se hará referencia a dos maneras de enfocar el tema de calidad de vida, primero desde el punto de vista de las necesidades, que refleja una concepción más general de CV; en segundo lugar, desde un modelo propuesto para entender el concepto de calidad de vida como una medida de resultado en salud, es decir, desde una perspectiva más específica dado que el tema que tratamos es el del consumo de sustancias psicoactivas.

1. En el modelo basado en las necesidades hace referencia a la contribución de A. Maslow, psicólogo americano, en la década del 1950. El modelo de Maslow supone que existen necesidades universales que se comportan de acuerdo a cierto orden jerárquico, es decir, se accede a las de más alto nivel si las anteriores están relativamente satisfechas. Representada en forma de pirámide, en la base se encuentran las necesidades básicas cuya satisfacción tiende a

---

<sup>1</sup> Socióloga, doctorada en Psicología.

<sup>2</sup> En su Constitución la OMS define a la salud como “... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente como ausencia de enfermedad o lesión “. (OMS, 1948).

garantizar la existencia del individuo y de la especie: acceso provisión de servicios, alimentación, abrigo, vivienda, descanso. Si están compensadas estas necesidades fisiológicas del primer nivel, en el segundo, surgen las necesidades de seguridad y protección frente a riesgos y amenazas (seguridad física, salud, seguridad de ingresos, empleo, etc.). Si estas necesidades están compensadas, surgen las del tercer nivel, las necesidades de afiliación y pertenencia, necesidad de sentirse aceptado, dar y recibir afecto, participar. En el cuarto nivel están las necesidades de autoestima y de reconocimiento de las capacidades propias por parte de otros. Por último, en el nivel más elevado las necesidades de autorrealización, de desarrollo pleno de la persona (Fleck,2008). ¿Cómo se relaciona el consumo de sustancias psicoactivas y el enfoque de la jerarquía de necesidades? ¿Cómo impactan los trastornos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas sobre el conjunto de necesidades de los usuarios de estas sustancias?

2. Modelo de CVRS: Wilson y Cleary (1995) en la década del 90 plantean un modelo de CVRS, para analizar el proceso de atención de problemas de salud. Ellos analizan cómo se interrelacionan las intervenciones clínicas con sus potenciales impactos en parámetros de CVRS, en la función física, social o en la salud mental. Proponen partir de la comparación entre dos modelos conceptuales de salud derivados de tradiciones académicas diferentes: por un lado el paradigma clínico, el modelo biomédico y, por otro, el paradigma de la ciencia social o modelo de “calidad de vida”. El primero, con raíces en la biología, bioquímica y fisiología, está centrado en la consideración de factores etiológicos, procesos patológicos y resultados biológicos, fisiológicos y clínicos; el segundo, fundamentado en la sociología, la psicología y la economía, está centrado en dimensiones del funcionamiento y en el bienestar global y presta atención a las maneras en que las estructuras sociales y las instituciones influyen a los individuos. Su punto de partida es que el concepto de calidad de vida es diferente al de salud; los factores económicos, políticos, culturales y espirituales pueden afectar la CV pero quedan, por lo general, fuera del área de actividad de los médicos y de los sistemas de salud. Ellos proponen pensar las mediciones de la salud sobre un continuum de creciente complejidad biológica, social y psicológica. En un extremo de este continuum están las medidas biológicas; a medida que se avanza en el continuum hay otras hay medidas más complejas como las del funcionamiento (físico, mental, social) y las percepciones generales de la salud. Finalmente, la calidad de vida se destaca como medida resumen del impacto de la combinación de los síntomas de alteraciones biológicas y fisiológicas, de las limitaciones, del tratamiento recibido y de las percepciones de los individuos afectados.

Por su parte, Testa y Simonson (1996) plantean que la salud comprende los dominios físico, psicológico y social. Éstos tienen que ser consideradas como áreas distintas e influenciadas por experiencias, creencias, expectativas y percepciones de la persona. Cada uno de estos dominios puede ser medido: a) mediante evaluaciones objetivas del funcionamiento y del estado de salud, y b) mediante las evaluaciones subjetivas de las percepciones de salud (que engloba también a las creencias, experiencias y expectativas). La primera (objetiva) es muy importante para definir el grado de salud; pero la segunda, que abarca las percepciones de salud, es la que con su interpretación, traduce los datos objetivos en la manera en que es experimentada la CV en la realidad por esa persona. A su vez cada dominio/dimensión tiene varios componentes: el físico incluye: síntomas, habilidad para funcionar, limitaciones; el psicológico incluye: afecto positivo, afecto negativo, comportamientos; el social: el trabajo, el desempeño de roles en la vida diaria, y las relaciones personales. Se ve así que el enfoque de CVRS es multidimensional.

### **Ambientes saludables y calidad de vida**

Los ambientes saludables estimulan el crecimiento y el cuidado de la vida en sus distintas etapas y circunstancias. El desarrollo de aptitudes personales para la vida es un área fundamental de promoción de la salud.

Un ambiente saludable tiene efecto multiplicador de oportunidades para mantener la salud, el bienestar y potenciar las capacidades de las personas. Posibilita neutralizar riesgos o al menos no desconoce su existencia; promueve la prevención, fomenta el autocuidado y la seguridad personal. Un entorno saludable no solo tiene que dar respuesta a las prioridades de asistencia y tratamiento de las enfermedades y afecciones de la comunidad, sino que tiene que proporcionar los medios para vivir mejor. Y para mejorar la calidad de vida cuando por razones de edad, etapas de la vida, enfermedad o cualquier otra clase de restricción o carencia, es mayor la vulnerabilidad y se viven situaciones de desventaja social. El entorno saludable también tiene que tener herramientas para encarar acciones de prevención mediante el cambio de comportamientos, hábitos y valores. Trabajar en la construcción y mantenimiento de ambientes saludables es el camino más directo para mejorar la calidad de vida.

El ambiente no es neutro en materia de la cultura del uso de sustancias psicoactivas. Cumple un papel tanto en el uso como en el abuso, a través de las maneras de producción y venta y de las representaciones sociales asociadas a su utilización. El consumidor no actúa en el vacío sino en una matriz sociocultural.

### **Consumo de sustancias psicoactivas:**

Es ante todo un comportamiento social resultante de un conjunto de fuerzas relacionadas a la exposición y a la vulnerabilidad. Esta interacción de fuerzas da lugar a diferentes modos de relación, desde el consumo hasta la adicción. Se tiende a focalizar el problema en la dependencia o “adicción” y a reducir el fenómeno a este segmento. Sin embargo, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS, hay evidencia de consumo perjudicial cuando el consumo de una sustancia ha causado daño somático o alteraciones psicológicas, incluyendo la alteración del juicio o de la conducta, que podrían llevar a discapacidad o tener consecuencias en las relaciones interpersonales.

Es importante considerar en el ambiente sociocultural los factores relacionados a la exposición y a la vulnerabilidad:

**Exposición:** hace referencia a la disponibilidad (oferta de sustancias psicoactivas para su adquisición y consumo) y a la tolerancia social (permisividad de consumo de acuerdo a diferentes situaciones y grupos involucrados). La oferta de sustancias propone, desde los efectos farmacológicos de las sustancias, modificar la percepción, el estado de ánimo, y el comportamiento de las personas.

**Vulnerabilidad:** se da a nivel individual y a nivel de grupos sociales. Alude a los recursos personales y sociales para hacer frente a la presión de consumo. Se expresa en la incapacidad relativa de sostener la autonomía en la toma de decisiones. Es la disposición a ceder frente a la promoción del consumo reconocido como dañino. Cuando las barreras sociales de contención frente a la ansiedad son precarias la resistencia frente a las presiones para consumir dependen del individuo y de su capacidad para enfrentarlas.

La problemática del consumo de sustancias psicoactivas en la actualidad es un problema muy complejo. Las estrategias preventivas tienen que focalizar todo el fenómeno: en función de la naturaleza distinta que representa cada segmento del consumo de sustancias lícitas e ilícitas.

### **Consideraciones finales**

Las sustancias psicoactivas amenazan las posibilidades de llevar adelante una vida con calidad. Walker y van Der Maesen se preguntan por el significado del término *calidad*. En primer lugar destacan que lo fundamental de las personas es su realización como seres sociales; por lo tanto, el principal punto de referencia de una vida con *calidad* deben ser las circunstancias de la vida diaria. Agregan que la *calidad*

es función de las interacciones permanentemente cambiantes de la vida cotidiana; que no tiene naturaleza unidimensional; los estándares de *calidad* no son independientes de la dinámica histórica y situacional. Depende de la capacidad: la *calidad* se alcanza si las personas desarrollan capacidades aún en las circunstancias más complejas que tengan que confrontar. La *calidad* no es sólo una cuestión de resultados sino de procesos: la naturaleza de las intervenciones, la elección de las estrategias para la acción y el tipo de organización tienen un peso importante en el proceso de *calidad*.

En el Informe sobre Desarrollo Humano de PNUD (Naciones Unidas) del año 2000 se sostenía que lo que distingue a las civilizaciones es el respeto y el valor que asignen a la dignidad y a la libertad humana: “El desarrollo humano es un proceso de realce de la capacidad humana, para ampliar las opciones y oportunidades de manera que cada persona pueda vivir una vida de respeto y valor”. Las tres capacidades esenciales consisten en que la gente viva una vida larga y saludable, tenga conocimientos y acceso a recursos necesarios para un nivel de vida decente.

El consumo de sustancias psicoactivas tiene impacto en la salud y no implica solamente la presencia de un trastorno y de riesgos graves en sí mismos sino que además supone un proceso más amplio de empobrecimiento y deterioro de funcionamientos y capacidades que afectan la libertad de elección de una vida digna.

### Referencias

- Brock D. Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica. En Nussbaum M.C. y Sen A. (compiladores) *La calidad de vida*. Fondo de Cultura Económica, México, 1996, págs 135-181.
- Castro Ramirez, Martha Lucia Calidad de vida y Promoción de la salud. En Restrepo- Málaga Promoción de la salud : como construir vida saludable. Ed Panamericana, Colombia, 2001. pags.57-64
- Fleck M.P. Problemas conceituais em qualidade de vida. En Fleck M.P. y col. (2008) A Avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais da saúde. Artmed, Porto Alegre, págs. 19-28.
- Fries JF, Spitz P. The hierarchy of patient outcomes en Spilker B. *Quality of life Assessments in clinical trials*, Raven Press, Ltd., New York ,1990. Pags. 25-35..
- Garrat A. Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002; 324: 14-17
- Míguez H. Sobre la subjetividad para el consumo de sustancias psicoactivas. Conicet, 2010. Consultado en [www.hugomiguez.com.ar](http://www.hugomiguez.com.ar)
- Patrick D. Short History of Health Related Quality of Life Research. En Sirgy M-J, Michalos AC, Ferriss AL, Easterlin RA, Patrick DL, Pavot WW. *The Quality of Life (QL) research movement, past, present and future*- Social Indicators Research (2006):76:343-466. Doi: 10.1007/s11205-005-2877-8.
- OPS, Informe sobre salud en las Américas IV Promoción de la salud en las Américas págs 173-211.
- Sen A. Capacidad y bienestar. Nussbaum M.C. y Sen A. (compiladores) *La calidad de vida*. Fondo de Cultura Económica, México, 1996, págs. 54-83.
- Testa M.A. & Simonson D.C. (1996) Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*, 334; 835-840
- Walker A, van Der Maesen L. Social Quality and Quality of life. En Glatzer W, von Below S, Stoffregen M (Eds.) *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World*. Kluwer Academic Publishers, The Netherlands, 2004, págs.13-31.
- Wilson I. B.& Cleary P.D.(1995) Linking clinical variables with health-related quality of life. *Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65. doi:10.1001/JAMA.273.1.59
- WHOQOL Group . The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Soc.Sci.Med.*; 1995, 41:1402-1409.