

Área Interdisciplinaria

Calidad de vida: apertura y perspectiva filosófica

AUTOR

ESP. LICENCIADO SERGIO JULIÁN SÁENZ

Seminario: Antropología Filosófica, Facultad de Odontología,
UNCuyo

E-mail: saenzjulian@hotmail.com

RESUMEN

Este trabajo está orientado como apertura a la reflexión sobre un tema con implicancias en el campo de las Ciencias de la Salud, en general, y en el de la Odontología, específicamente.

El concepto calidad de vida se refiere a la relación entre las capacidades a nivel biológico, psicológico y social que se alcanzan en el individuo. Nuestro aporte sigue los lineamientos de la concepción integral del ser humano, en donde la salud hace referencia a la dinámica vital contextualizada en una cultura, una época, un sistema de creencias y valores y condicionantes socio-económicos. Desde la filosofía presentamos un enfoque reflexivo sobre las bases conceptuales de "calidad de vida", con la finalidad de favorecer el vínculo interdisciplinario entre la Odontología y las Ciencias Humanas.

Palabras clave:

Calidad de vida - Antropología Filosófica - Odontología.

ABSTRACT

This work is intended to provide a reflection on a topic related to the field of Health Sciences, in general, and in Dentistry, specifically. The concept of quality of life refers to the relationship between biological, psychological and social skills developed by the individual. Our contribution follows the guidelines of the comprehensive concept of the human being, where health refers to a vital dynamic contextualized within a culture, a specific time, a system of beliefs and values and socio-economic determinant factors. We introduce a reflective approach, from a philosophical perspective, about the conceptual basis of "quality of life" with the aim of fostering the interdisciplinary link between Odontology and the Human Sciences.

Key words:

Quality of life - Philosophical Anthropology - Odontology.

INTRODUCCIÓN

La salud y el modelo biomédico tradicional.

Dentro del ámbito de los problemas que a diario enfrentan los investigadores de la Odontología, encontramos un interés creciente por la salud como patrón o referente del modo de vida individual y su expresión social. Antes de la aparición del paradigma de la interdisciplinariedad, la salud se consideraba como ausencia de la enfermedad o "silencio de los órganos" (1). Con la crisis

del modelo positivista en las Ciencias de la Salud, irrumpe una nueva manera de considerar la enfermedad a partir del binomio salud-enfermedad, desde la perspectiva del reconocimiento de los factores que pre-condicionan la salud como estado subjetivo y norma estadística (2).

Los acontecimientos y eventos estresantes de la vida modelan la vulnerabilidad individual ante la enfermedad. La necesidad de considerar las

funciones de la vida cotidiana, la productividad, el desempeño de roles sociales, la estabilidad emocional y el bienestar ponen de relieve las insuficiencias del modelo biomédico tradicional. Como respuesta surge otro modelo de estudio y de tratamiento terapéutico: el estudio de la enfermedad incluye al paciente como ser humano en tanto persona, su corporalidad y el entorno medioambiental en tanto elementos de un sistema o estructura integral (3).

DESARROLLO

1- Salud como concepto.

A lo largo de su historia, la salud como concepto ha tenido modificaciones, variaciones de matices y estilos de demarcación conceptual. En la actualidad hay consenso en cuanto es un concepto dinámico, que expresa la importancia que ha tenido en las distintas épocas. Se reconoce, dentro de la comunidad de los profesionales de la salud, que los estilos de vida predeterminan la salud.

El mismo concepto de salud se presenta con un carácter polisémico. Se puede referir a un contexto asistencial, en donde las acciones están focalizadas en la asistencia de patologías con sintomatologías corporales objetivadas en mediciones de orden bioquímico o físico. En este contexto la salud se considera ausencia de enfermedad. El segundo contexto se refiere a la incorporación subjetiva de la enfermedad en tanto proceso, en donde difiere la percepción subjetiva del paciente de los datos que proporciona la metodología cuantitativa. En el tercer contexto la salud es sinónimo de un desempeño social eficaz, en el que la condición de salud es condición necesaria para el cumplimiento de las conductas socialmente aceptadas y esperables. El cuarto contexto aborda la salud desde un marco integral del paciente como ser humano con un estilo de vida autónomo, que permite la realización de un proyecto de vida propio ⁽⁴⁾.

El enfoque "calidad de vida" es una consecuencia del reconocimiento del concepto de salud como una construcción socio-histórica y cultural que se elabora en relación con valores, modelos aceptados de productividad social y un desempeño individual con bienestar.

La "calidad de vida" es un concepto contemporáneo, que implica el enfoque integral sobre el ser humano, una respuesta al reduccionismo fiscalista que se originó en la Modernidad. Dicho enfoque, si bien cumplió con las expectativas de resolución de problemas sanitarios y la producción de líneas de investigación e intervención en salud, no puede responder por completo a las distintas y complejas condiciones de instalación y producción de teorías y trabajo terapéuticos, en sociedades con entornos cambiantes y el nuevo escenario de pacientes que exigen mejor calidad de atención ⁽⁵⁾.

2- Apertura filosófica desde la salud.

Un acercamiento conceptual al significado de calidad de vida desde el marco interpretativo filosófico de la salud humana se constituye a partir del reconocimiento y la aceptación de la integración del bienestar físico y psicológico, la capacidad para desempeñarse desde un modelo productivo de sociedad, hasta llegar al ideal de un proyecto de vida feliz.

La inclusión del concepto "felicidad" retrotrae al modelo de la filosofía griega, en donde la integración de las capacidades y el examen racional de la propia conducta orientada por valores morales ("el cuidado de sí mismo") posibilitan la existencia de una vida feliz, no como estado efímero o pasajero (Modernidad), sino como un estado vital casi permanente, fruto de un trabajo constante desde uno mismo y orientado hacia el grupo de referencia.

El concepto de calidad de vida ha incorporado, en tanto aspecto renovador, la conciencia sobre la salud no como un término absoluto, invariable, independiente de los contextos que influyen en la vida humana.

El límite entre una vida sana y una vida enferma es difícil de precisar con total exactitud y pasible de ser aceptado por toda la comunidad de profesionales por igual. Los modelos que clasifican y agrupan los significados de salud son mediados en la percepción subjetiva del propio bienestar y los estados de dolor o sufrimiento individual. Esta observación alcanza al mismo modelo biomédico tradicional, que revela una insuficiencia al no dar cuenta del influjo o recursividad que producen los factores socio-culturales en la biología del paciente.

3- Cualificación y subjetividad en los estilos de vida.

Desde el punto de vista filosófico podemos verificar un proceso que se desarrolla en los ámbitos de la salud. Nos referimos al cambio de paradigma o el pasaje del modelo biomédico, centrado en la perspectiva biólogo-fiscalista-reduccionista, que considera al paciente como individuo pasivo, "paciente" de la enfermedad, al modelo integral o biopsicosocial, que implica una perspectiva abarcativa de la salud y la enfermedad como partes inseparables del proceso de cura-enfermedad ⁽⁶⁾.

Una de las razones del desarrollo del modelo biólogo es la importancia que concede a los patrones de objetividad en salud. Esto redundará en la mentada "normalidad estadística" y la posibilidad de cuantificar los registros diagnósticos.

El concepto "calidad de vida" es una construcción, una elaboración conceptual que responde a la necesidad de atender al reconocimiento de la subjetividad sobre la condición de "sentirse sano" y "estar enfermo". A partir de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud, el reconoci-

Calidad de vida: apertura y perspectiva filosófica

Esp. Licenciado Sergio Julián Sáez

miento del factor "bienestar" posibilita la aparición y el registro de la calidad de vida como medida del grado de bienestar desde un registro integral (7).

Calidad de vida se refiere al interjuego dinámico de las variables salud, comunicación, trabajo y recreación. La subjetividad está dada por la repercusión en el sujeto de estos factores en el modo de vida individual, en el contexto de su cultura y sociedad y en función de sus expectativas. Salud, actividad laboral, recreación e intercambio comunicacional afectivo son factores que pueden verse afectados por el proceso de la enfermedad, produciendo un desequilibrio o discordancia en la dinámica del juego de tales factores: estrés, baja autoestima, patologías cardiovasculares, enfermedad periodontal o trastornos digestivos y nutricionales.

Si partimos de la idea que la calidad de vida expresa la percepción de una persona sobre la distancia o grado de acercamiento entre sus expectativas y su experiencia subjetiva de bienestar, nos podemos referir a los distintos ámbitos de significación del constructo "calidad de vida". Hablamos del conjunto de necesidades básicas humanas en el orden de los vínculos afectivos, las posibilidades de desarrollo de proyectos de vida y las condiciones objetivas de bienestar corporal.

Cuando la OMS aporta una escala para medir la calidad de vida, tiene en cuenta un modelo integral del ser humano. En esa escala se consideran las expresiones subjetivas del dolor, los modos personales de construcción de la realidad vital, los niveles de autonomía, la expresión y percepción de las relaciones vinculares y el grado de satisfacción ante las condiciones materiales de vida.

El enfoque integral, dentro de una perspectiva filosófica, responde al reconocimiento de la complejidad como categoría conceptual y marco contextual de las interrelaciones de las diferentes variables en la vida socio-cultural.

El ser humano es un ser que interactúa en distintos ámbitos, una unidad biopsicosocial capaz de proyectarse en un horizonte de acciones que lo definen desde su posición de ser que sabe que cuenta con posibilidades acotadas desde lo temporal (ser que sabe que muere), un viviente que puede ser afectado por patologías funcionales-ambientales y biológicas. El reconocimiento y progresiva aceptación de estos entornos y estructuras han posibilitado la entrada del concepto de calidad de vida desde fecha reciente.

La mirada filosófico-antropológica lo ubica como un dispositivo categorial, una unidad de análisis cognitivo de referencia o de comprensión para interpretar la dinámica de los factores enunciados al momento de hacer inteligible un hecho o evento dentro del proceso del binomio salud-enfermedad (8).

4- Calidad de vida y Odontología.

Desde el ámbito del modelo racional en las Ciencias de la Salud, la cavidad bucal ha representado un escenario en donde se integran el mantenimiento de la belleza y el bienestar corporal, la armonía entre la apariencia (boca sana) y la fisiología (cuerpo sano). Además de favorecer una imagen saludable, las culturas que interpretaron el cuerpo humano como un pequeño universo que reflejaba un orden cosmológico superior, también se preocuparon por el mantenimiento de un registro de salud funcional (9).

La preocupación por el buen estado

de las piezas dentales es un aspecto presente en las culturas desarrolladas desde los tiempos de la Antigüedad, aunque hoy nos encontramos con una situación contradictoria: a pesar de la difusión de conocimientos a nivel de prevención, no se ha instalado en nuestra sociedad la cultura del cuidado efectivo de la salud. Nuestro análisis se dirige a los supuestos de orden filosófico que explican esta situación.

El modelo filosófico-antropológico de la Modernidad, basado en la separación del ámbito corporal y mental, ha repercutido en un progresivo desinterés por el cuidado y el respeto del tejido dentario.

La historia registra, desde la Edad Media, la figura del "sacamuélas" como modelo de las prácticas odontológicas, en una cultura que había olvidado el respeto de la dotación natural en el sistema dental. La extensión del modelo extrusivo es un ejemplo de una cultura que no considera al dolor bucal como resultado de la falta de cuidado y prevención del sistema estomatológico, por lo que la Odontología se limitaba a un conjunto de prácticas para eliminar el dolor bucal.

El progresivo reconocimiento de la influencia de la cavidad bucal en los sistemas fisiológicos (la boca como entrada del mundo) ha posibilitado la integración de los aspectos odontológicos en los procesos vitales y de orden psicológico de la calidad de vida.

La toma de conciencia de las prácticas de prevención y restauración por medio de la educación formal ha derivado en la consideración de la importancia de la salud bucal como factor de calidad en los estilos de vida, más allá de las particularidades sociales y las tradiciones culturales y nutricionales (10).

CONCLUSIONES

No hay dudas que el modelo biomédico generó grandes adelantos en el campo de las Ciencias de la Salud. El enfoque analítico de los procesos mórbidos, la pretensión objetivante a nivel de la investigación y la colaboración de las ciencias naturales han moldeado la enfermedad como una evidencia objetiva separada del testimonio del paciente. No obstante, este enfoque es reduccionista: se trata de conocimientos limitados a la coordinación de órganos y el análisis fisiopatológico. Depende, en términos filosóficos, del mecanicismo cartesiano que concibe al ser humano desde la separación cuerpo-mente (11).

Las deficiencias de este modelo ocasionaron el surgimiento del proyecto antropológico-integral en las Ciencias de la Salud. Se trata de una respuesta de orden cualitativo e

integral al modelo analítico y cuantitativo, en donde el ser humano es una totalidad, una individualidad propia que se explica en la integración socio-cultural.

La expresión "salud integral" señala una base filosófica porque en vez de centrar las prácticas de salud en el ámbito etiológico de causas o factores como ejes únicos de producción teórica de saberes, ubica los procesos de salud en la situación y expresión de un ser humano en un contexto global. Es un enfoque comprensivo y ecológico, en el que la persona pasa a ser de paciente limitado y confinado a una entidad nosográfica, a una persona singular, en donde la salud expresa un accionar volitivo individual y las implicancias de la influencia de un contexto epocal. El ser humano no es un receptor pasivo de la enfermedad ni un espectador ajeno a la enferme-

dad, sino un protagonista que colabora en el restablecimiento de su condición natural. Si no es posible la completa eliminación de la patología, el enfoque integral se muestra cuando no cabe otra posición que asumir la condición de cronicidad como parte de un proyecto de vida, a pesar de y con sus limitaciones.

El concepto actual de salud ha rebasado la extensión del registro estadístico-normativo de enfermedad y percepción subjetiva de bienestar. Hablar de salud integral implica aceptar la presencia de síntomas y la capacidad de superar las molestias de orden biopsíquico. Calidad de vida es un concepto que involucra la salud en su aspecto preventivo, paliativo e intervencionista. La salud se amplía, pasa a ser una condición para acceder a un estilo de vida deseable, un marco de expectativas de orden vital.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- **BALLESTER ARNAL R.** *Evolución del concepto de salud y enfermedad hasta nuestros días.* En: Ballester Arnal R. *Introducción a la Psicología de la salud.* 1ª ed. Valencia: Promolibro; 1998. p. 19-40.
- 2- **ZUKERFELD R.** *Calidad de vida y vulnerabilidad en obesidad y patología cardiovascular.* En: Dalví R. *compilador. Calidad de vida.* 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005. p. 62-64.
- 3- **ARANGUREN ECHEVERRÍA J. PERSONAS.** EN: **ARANGUREN ECHEVERRÍA J.** *Antropología Filosófica.* 1ª ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2003. p. 186-189.
- 4- **BUSTAMANTE A.** *Calidad de vida y Odontología.* RAO (Bs. As.). 2005; 93(4): 357-361.
- 5- **CHEVNIK M.** *Calidad de vida. Resiliencia y vulnerabilidad.* En: Dalví R. , *compilador. Calidad de vida.* 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005. p. 73-76.
- 6- **BALLESTEROS ARNAL R.** *Evolución del concepto de salud y enfermedad hasta nuestros días.* En: Ballester Arnal R. *Introducción a la Psicología de la salud.* 1ª ed. Valencia: Promolibro; 1998.p. 47-52.
- 7- **DALVIA R, COMPILADOR.** *Calidad de vida. La relación bio-psico-social del sujeto.* 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
- 8- **SÁNCHEZ BODAS A.** *El enfoque holístico centrado en la persona.* En: Sánchez Bodas A. *El enfoque holístico centrado en la persona.* 1ª ed. Buenos Aires: Ediciones Lea libros; 2005.p. 95-99.
- 9- **BORDELOIS I.** *La enfermedad.* En: Bordoelois I. *A la escucha del cuerpo.* 1ª ed. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2009.p. 90-96.
- 10- **MANDOZZI M, SÁNCHEZ DAGUM M.** *Calidad en la Práctica Odontológica. Claves de Odontología (Córdoba).* 2009; 16 (64): 23-26.
- 11- **LÓPEZ BLANCO A.** *La salud holística.* En: López Blanco A. *¿Por qué nos enfermamos? 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2008. p. 19-40.*