

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/259526291>

# From the EQ-5D tool and the visual analog scale to happiness

ARTICLE · JANUARY 2013

DOI: 10.1016/j.rcae.2013.10.003

---

READS

14

## 2 AUTHORS:



[Liliana Alejandra Chicaiza-Becerra](#)

National University of Colombia

81 PUBLICATIONS 68 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Mario García-Molina](#)

National University of Colombia

118 PUBLICATIONS 111 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



## Revista Colombiana de Anestesiología

### Colombian Journal of Anesthesiology

[www.revcolanest.com.co](http://www.revcolanest.com.co)



#### Editorial

## Del instrumento EQ-5D y la escala visual análoga a la felicidad

### From the EQ-5D tool and the visual analog scale to happiness

Liliana Alejandra Chicaíza-Becerra<sup>a</sup> y Mario García-Molina<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> PhD, Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Profesor titular, Escuela de Economía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Los años de vida ajustados por calidad se han usado ampliamente en evaluación económica durante varias décadas. Más recientemente, la herramienta fundamental para su cálculo, el formulario EQ-5D, así como la escala visual análoga (VAS), con la cual se realizan las valoraciones de los estados de salud identificados en el EQ-5D, se han usado para un propósito diferente: como indicadores de felicidad. Dado que este instrumental fue definido originalmente como aproximación a la utilidad, la nueva práctica genera interrogantes que serán abordados a continuación.

#### El uso tradicional

Repasemos en primer lugar la forma como se definieron la VAS y el EQ-5D. A pesar de la expresión «ajustados por calidad», tal vez sería más correcto hablar de años de vida ajustados por utilidad, no por calidad. En efecto, el formulario EQ-5D, más que identificar calidad de vida como se usa con otros formularios, se usó para poder definir una serie de estados de salud distintos de manera objetiva. En otras palabras, se partió de que la situación de salud no es uniforme y que cada estado de salud podía tener una utilidad asociada diferente. Posteriormente, se calculaba esa utilidad para cada estado con el fin de ajustar los años de vida de acuerdo con la utilidad de cada estado. Se propusieron diversas metodologías para el cálculo de la utilidad.

Como la definición de utilidad está asociada a la noción de elección bajo incertidumbre, la mejor metodología era la apuesta estándar, que extraía las utilidades a partir de la elección entre situaciones de riesgo y una de perfecta certidumbre. Una segunda alternativa era el *time-trade-off*, donde el entrevistado escoge entre 2 situaciones ciertas: una de perfecta salud, otra diferente. Dado que involucra elección pero no riesgo, no se trata de utilidades en sentido estricto. El tercer método no se realiza en un contexto de elección, ni de incertidumbre y, por lo tanto, no extrae realmente utilidades. Se trata de la escala visual análoga, en donde se le pide al encuestado que escoja de 0 a 100 en dónde ubicaría una determinada situación. Aunque en términos metodológicos es el más débil de los 3, la VAS se ha popularizado porque, a diferencia de las anteriores, es bastante sencilla de hacer y se puede realizar incluso en encuestas por correo, sin necesidad de entrevistador, lo que reduce costos. Se ha comprobado que los resultados de las 3 metodologías de valoración no convergen entre sí<sup>1,2</sup>.

#### La medida de la felicidad

Recientemente se ha usado la VAS del EQ-5D como medida de felicidad. Desde 2006, la encuesta Gallup<sup>3</sup> preguntó a nivel mundial acerca de las dimensiones de salud del EQ-5D y por la satisfacción con el estado de salud en una escala de 1 a 10. Preguntó también por aspectos relacionados con el bienestar

\* Autor para correspondencia: Kra 30#45-03 Ed 311, of 306, Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: [mgarciamo@unal.edu.co](mailto:mgarciamo@unal.edu.co) (M. García-Molina).

0120-3347/\$ – see front matter © 2013 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2013.09.013>

(well-being), tales como emoción y estado de ánimo (¿estuvo calmado, triste, aburrido, feliz, etc., el día de ayer?), la satisfacción con la vida (¿está satisfecho con su vida?, ¿comió bien el día de ayer?) y la filosofía de la vida (¿siente que su vida tiene un propósito o sentido importante?, ¿tiene un talento de cualquier tipo o algo que usted puede hacer mejor que la mayor parte de la gente que conoce?). El módulo de bienestar constituía una aproximación explícita a la felicidad. Si bien el módulo de salud era un módulo independiente, la pregunta por la satisfacción con el estado de salud guardaba alguna relación con las preguntas más generales sobre satisfacción del módulo de bienestar.

El análisis posterior relacionó el bienestar con otros aspectos, como el nivel de ingresos y la salud<sup>4</sup>. Se encontró que la esperanza de vida del país guardaba una relación débil con la satisfacción con la vida en algunos países (sub Sahara africano), pero no en otros (antigua Unión Soviética). No se encontró relación entre la satisfacción con la vida y la prevalencia de VIH. La satisfacción con el estado de salud estaba correlacionada con la confianza en el sistema de salud. Al respecto hay que tener cuidado porque la confianza es una variable subjetiva que no necesariamente indica qué tan bueno es objetivamente el sistema de salud.

Una cuestión importante era en qué medida la satisfacción con la vida en general se explicaba por la satisfacción en aspectos más puntuales como la satisfacción con el estado de salud<sup>5</sup>. En la encuesta Gallup, la satisfacción con el estado de salud era una variable significativa, y su inclusión eliminaba la significación de la esperanza de vida y el crecimiento económico<sup>4</sup>.

En América Latina, una versión ampliada de la encuesta Gallup<sup>6</sup> buscó identificar la calidad de vida preguntando la opinión personal sobre la felicidad, la satisfacción con la vida, y la satisfacción con el nivel de vida, salud, educación, empleo, etcétera, y sobre la situación del país, el sistema de salud, etc. Los resultados subjetivos se comparaban con indicadores objetivos. Los resultados de satisfacción en los diversos ámbitos fueron interpretados en términos de felicidad. El principal resultado de este trabajo era la paradoja de las aspiraciones, según la cual los pobres se conforman más con su situación que los ricos porque no tienen tanto acceso a la información y como resultado tienen menos aspiraciones.

La interpretación en términos de felicidad de la satisfacción con el estado de salud propio se reforzó en estudios posteriores que buscaban la relación entre las dimensiones del EQ-5D con la satisfacción en salud y con la vida en Latinoamérica y en Colombia<sup>7,8</sup>.

## ¿Felicidad?

¿Mide la VAS de salud la felicidad? La VAS del EQ-5D intentaba medir, con problemas, la utilidad pero al menos se conocen sus propiedades desde ese punto de vista. Se sabe, por ejemplo, que la VAS da valores sistemáticamente menores que el intercambio temporal y que la apuesta estándar. Cuando se usa para medir utilidad, se sabe que la VAS en población general mide estados hipotéticos y que cuando lo realizan los pacientes los resultados son más altos.

Las valoraciones más altas para los pacientes muestran un elemento crucial a tener en cuenta: la adaptación. Después del choque inicial, las personas que experimentan una enfermedad tienden a adaptarse. Este fenómeno se presenta de muchas maneras, pero una de ellas puede ser particularmente ilustrativa. Enfrentado a la discapacidad, un individuo puede cambiar su atención hacia aspectos que antes no consideraba y experimentar nuevas fuentes de bienestar. Una persona parapléjica, por ejemplo, puede desviar su interés de actividades deportivas hacia la música y, como resultado, la valoración de su situación una vez la experimenta no es tan baja como la que hubiera hecho antes de sufrir la discapacidad<sup>9</sup>. El resultado es que incluso las valoraciones de los pacientes en situaciones extremas como la paraplejía o la cuadriplejía son mucho más altas de lo que se esperaría dadas las valoraciones hechas por la población general de las mismas situaciones<sup>10</sup>.

Obsérvese que la capacidad humana para adaptarse a la adversidad no quiere decir, por ejemplo, que el sistema esté funcionando bien, o que el estado en cuestión sea deseable.

Estos elementos dan relevancia a la cuestión de qué es lo que miden las preguntas. ¿Se puede equiparar felicidad con calidad de vida, con utilidad y con opiniones de las personas? Los trabajos que han medido la felicidad tradicionalmente preguntaban de manera explícita por la felicidad o sus componentes, y en América Latina también se ha realizado ese tipo de análisis<sup>11,12</sup>. Una de las desventajas de preguntar directamente por la felicidad es que su definición puede cambiar de acuerdo con el individuo. Al mismo tiempo, preguntar por otros elementos hace que la felicidad parezca más relacionada con los elementos que hayan captado la atención al momento de contestar las preguntas. Por ejemplo, si se realizan preguntas sobre el estado de salud y en seguida se pregunta por la satisfacción con la vida o incluso con la felicidad, es posible que la respuesta esté influenciada por la respuesta a las preguntas anteriores. De otro lado, no preguntar directamente usando el término felicidad puede hacer que la respuesta no tenga en cuenta elementos que para las mismas personas puedan ser importantes para establecer la felicidad, como las relaciones personales. El problema consiste en que la felicidad es un concepto multidimensional que no necesariamente es captado por un solo elemento<sup>13</sup>.

## Experiencia y recuerdo

La felicidad que se experimenta y la felicidad que se recuerda son distintas para la misma persona. La valoración recordada del dolor en una colonoscopia no necesariamente coincide con la experiencia y parece depender más del pico de dolor y del dolor al final del proceso<sup>14</sup>. Si se prolonga el proceso, la persona sufre durante más tiempo y su experiencia es peor, pero en el recuerdo es mejor<sup>15</sup>.

Por lo tanto, importa si las preguntas se refieren a la experiencia o al recuerdo. Algunos métodos para medir la experiencia de felicidad (como preguntar aleatoriamente en diversos momentos del día) son invasivos porque interrumpen la experiencia. Una alternativa es el método de reconstrucción del día (Kahneman Dolan). La tendencia reciente ha sido la de dar más importancia a la felicidad experimentada que a la recordada,

pero es posible que las medidas tendentes a mejorar la felicidad experimentada disminuyan la felicidad recordada.

¿Qué utilidad puede tener el EQ-5D en este marco? Tal vez no mucha. El EQ-5D constituye un buen instrumento para su objetivo original de identificar estados de salud pero no dice nada acerca de la felicidad. La VAS, aplicada a la propia situación de salud en el momento en que se hace la pregunta, sirve para medir la experiencia del estado de salud pero no la felicidad en términos generales. Cuando se aplica a situaciones hipotéticas sería una aproximación al recuerdo o a la imaginación pero tampoco mide la felicidad.

Los interrogantes que surgen son interesantes, pero las dificultades de interpretación son muchas. Todavía parece faltar bastante para que se pueda llegar a aplicaciones prácticas. Dado el estado actual de los estudios, es más seguro utilizar el EQ-5D como medio para estimar los años de vida ajustados por calidad que se utilizan en las evaluaciones de costo-utilidad. En otros casos, su uso se recomienda únicamente en el contexto experimental.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. García-Molina M, Chicaíza L, Rincón CJ, Romano G. International comparisons of EQ-5D health-states valuations. *Value Health*. 2012;12:A309.
2. Chicaíza LA, García-Molina M, Romano G. Años de vida ajustados por calidad: evolución, fundamentos e implicaciones. Documentos FCE-CID Escuela de Economía. 2013;47:1-14 [consultado May 2013]. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2261511>
3. Gallup World Poll (GWP). 2007 [consultado May 2013]. Disponible en: <http://www.gallup.com/consulting/worldpoll/24046/about.aspx>
4. Deaton A. Income, health, and well-being around the world: Evidence from the Gallup world poll. *J Econ Perspect*. 2008;22:53-72.
5. Easterlin R. A life-cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics and demography. *J Econ Psychol*. 2006;27:463-82.
6. Lora E. Calidad de vida; más allá de los hechos. Washington: BID, FCE; 2008.
7. Graham C, Higuera L, Lora E. Which health conditions cause the most unhappiness? *Health Econ*. 2011;20:1431-47.
8. Flórez CE, Castañeda C. Acceso y uso de servicios de salud Colombia en movimiento. Bogotá: CEDE; 2011. p. 65-79.
9. Dolan P, Kahneman D. Interpretations of utility and their implications for the valuations of health. *Econ J*. 2008;118:215-34.
10. Brickman P, Coates D, Janoff-Bulman R. Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *J Pers Soc Psychol*. 1978;36:917-27.
11. Cid A, Ferrés D, Rossi M. Testing happiness hypothesis among the elderly. *Cuadernos de Economía*. 2008;27:23-45.
12. Gerstenblüth M, Melgar N, Rossi M. Ingreso y desigualdad. ¿Cómo afectan a la felicidad en América Latina? *Cuadernos de Economía*. 2013;32:165-80.
13. MacKerron G. Happiness economics from 35,000 feet. *J Econ Surv*. 2012;26:705-35.
14. Redelmeier DA, Katz J, Kahneman D. Memories of colonoscopy: A randomized trial. *Pain*. 2003;104:187-94.
15. Redelmeier DA, Kahneman D. Patients' memories of painful medical treatments: Real-time and retrospective evaluations of two minimal invasive procedures. *Pain*. 1996;66:3-8.