

## SALUD PÚBLICA

## CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Josue Chaverri Cruz\*  
Jorge Fallas Rojas\*\*

### SUMMARY

With the quick growth in the incidence and prevalence of type 2 diabetes worldwide, it becomes relevant the impact of the disease on the psychosocial development of human beings. Quality of life is an individual's personal perception of their situation in life. This is affected by multiple factors including health status of individuals, its effects and complications. The evaluation of health-related quality of life should be a cornerstone for the evaluation of service provision, multidisciplinary integration and education of the population. Knowing these details will be

possible to establish integral programs that capture the most affected populations and groups to be intervened with priority.

### INTRODUCCIÓN

Con el avance de las ciencias epidemiológicas, de la Salud Pública y diseños integrales de salud se intentan redimensionar el estudio de las enfermedades desde diferentes aristas y así integrar al conocimiento una visión completa del impacto de las enfermedades crónicas como la Diabetes mellitus (DM) tipo

2 en la esfera psicoemocional, familiar, social y laboral de los individuos. La DM se comprende como un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten como característica la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de esta, debido a una interacción compleja entre factores de riesgo genéticos y ambientales.(16) Dentro de estos, la DM tipo 2 (antes conocida como no insulino-dependiente o de inicio-adulto) se debe a un uso ineficaz del cuerpo de la insulina. La diabetes tipo 2 comprende el 90% de las personas con diabetes en todo el mundo, y es en gran parte

\* Licenciado en Medicina y Cirugía General

\*\* Licenciado en Medicina y Cirugía General

el resultado del exceso de peso y la inactividad física.(21) Según el CDC (Centers for Disease Control and Prevention), la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 aumenta del 2,6% entre los 20 a 44 años hasta el 11,7% de 45 y 64 años y alcanza los 18,9% en mayores de 65 años.(15) El número estimado de adultos que viven con diabetes ronda los 366 millones: ello corresponde al 8,3% de la población mundial adulta. Se calcula que esta cifra aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas para 2030 (9,9% de los adultos), lo que equivale aproximadamente a tres nuevos casos de diabetes cada 10 segundos.(8) La disciplina psicológica es sumamente importante en el abordaje de la enfermedad crónica, así como la necesidad de un trabajo inter y transdisciplinario en su tratamiento para lograr mejorar aspectos psicológicos asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas.(25) Un modelo bio-psico-socio-ambiental y cultural podría permitir entender más coherentemente la enfermedad crónica multifactorial y la ubica dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus individuos. Durante la décadas de los 1950 y 1960, aumentó el

interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad por lo que hizo surgir la necesidad de medir esta realidad por medio de datos objetivos, y desde diferentes ciencias sociales se comienza el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos inherentes al bienestar social de una población. (10) La Organización Mundial de la Salud, ha valorado la importancia de este concepto, por lo tanto propuso desde 1993 la siguiente definición de calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. (16) En los últimos años alrededor del mundo, se han elaborado y validado; múltiples cuestionarios que evalúan calidad de vida; estando dentro de estos, varios que son específicos para pacientes diabéticos. Un 60% de las enfermedades en el mundo corresponde a enfermedades no transmisibles como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y otros padecimientos crónicos, que crecen globalmente debido a la adopción de estilos de vida no saludables. A ello se

le suma que, cuando se trata de enfrentarlas, se ha encontrado que solo existe un 20% de adhesión al tratamiento causando resultados pobres en la salud a un precio muy alto para la sociedad, los gobiernos y las familias.(7) La calidad de vida de personas que padecen enfermedades crónicas, se ve afectada ya que las condiciones de salud constituyen problemas que persisten en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo acarrea un sinnúmero de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues pueden aparecer de forma inesperada o insidiosa. Asimismo, son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado.(19)

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realiza un análisis, de una muestra representativa de todos los pacientes Diabetes Diabéticos Tipo 2 que asisten al EBAIS General Viejo durante los meses de junio y julio de 2013 entre los 40 y 79 años. Se aplican para la obtención de datos el

cuestionario SF-36. En el estudio se incluyen pacientes afectos de DM tipo 2 cuya evolución sea >1 año desde el diagnóstico, y sean mentalmente competentes. Se excluyen pacientes afectos de deterioro cognitivo (Escala Pfeiffer < 2 puntos). También aquellos con enfermedades consuntivas y/o neoplásicas con esperanza de vida limitada y aquellos sujetos inmovilizados.

### TÉCNICAS

La investigación consta de un estudio con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo transversal. El presente estudio se basa en la obtención de datos obtenidos mediante la aplicación del cuestionario SF-36. El Short Form 36 (SF-36 por sus siglas en inglés); es la versión en español del Short Form 36 Health Survey, el cual fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Medical Outcomes Study (MOS). Este es un instrumento muy adecuado para su uso en investigación y en la práctica clínica.(5) Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, Vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El SF-36 mostró buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada

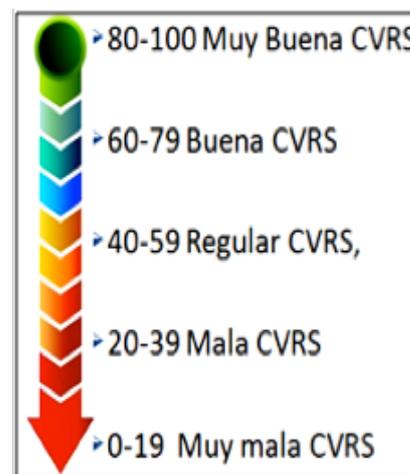
Cuadro 1. Dimensiones evaluadas en el instrumento SF-36 y su significado

Dimensión	Significado
<b>Función física</b>	Grado en que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos.
<b>Rol físico</b>	Grado en que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, lo que produce como consecuencia un rendimiento menor del deseado o limitado al tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad.
<b>Dolor corporal</b>	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y las actividades del hogar.
<b>Salud general</b>	Valoración personal del estado de salud que incluye, situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
<b>Vitalidad</b>	Sentimiento de energía y vitalidad frente al de cansancio y desánimo.
<b>Función social</b>	Grado en que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
<b>Rol emocional</b>	Grado en que los problemas emocionales afectan el trabajo y otras actividades diarias. Se considera la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y el esmero en el trabajo.
<b>Salud mental</b>	Valoración de la salud general. Se considera la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

\*Fuente: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud de la Secretaría de Salud de México (2012)

con indicadores clínicos y una correlación alta con otros instrumentos de calidad de vida relacionada con salud. Este es un excelente evaluador de la calidad de vida de pacientes que sufren enfermedades crónicas, de entre los cuales se citan: predijo mortalidad y detectó mejoría tras la angioplastia coronaria, la cirugía de hipertrofia prostática benigna o la ventilación domiciliar no invasiva.(24) Para efectos de la interpretación de datos se establece, además, una escala de 0 a 100 que cuantifique la calidad de vida, correspondiéndose de la siguiente manera:

Figura 1. Escala de clasificación utilizada para el instrumento SF-36



### RESULTADOS

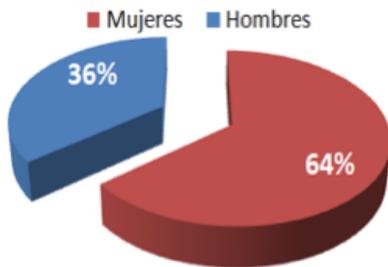
Se obtienen resultados globales sobre la autopercepción de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) y además se

comparan según las diferentes variables de estudio. Para su interpretación se dividió la población por sexo y grupo etario.

**SEXO**

En relación al sexo la mayoría de participantes y por ende consultantes por Diabetes Mellitus tipo 2 en la población de estudio corresponde a mujeres con un 64,2 %, mientras que los hombres representan solo el 35,8%

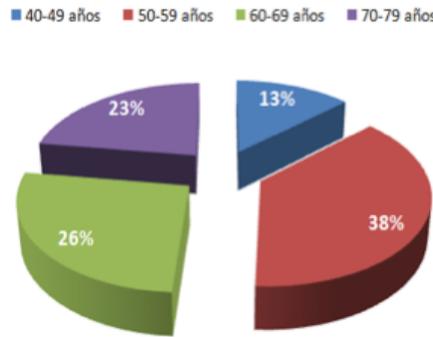
**Gráfico 1. Distribución por sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo II de 40 a 79 del EBAIS de General Viejo, Pérez Zeledón, en los meses de junio y julio del año 2013.**



**EDAD**

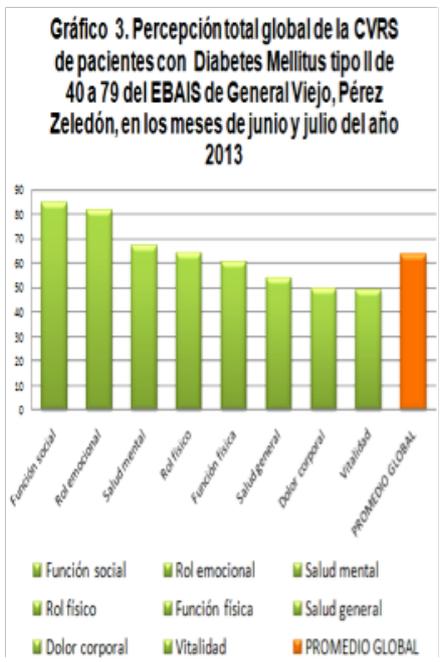
Por grupo etario se observa un predominio entre el grupo de los 50 a 59 años de edad, en menor proporción los grupos entre los pacientes de 70 a 79 años y de 40 a 49 años. Estos datos concuerdan con las tendencias globales, pues se proyecta que el grueso de población diabética se ubica entre los 45 y 65 años.

**Gráfico 2. Distribución según grupo etario de los pacientes con diabetes mellitus tipo II de 40 a 79 del EBAIS de General Viejo, Pérez Zeledón, en los meses de junio y julio del año 2013**



**EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA**

En promedio la poblacional posee una autopercepción de su CVRS de Muy buena a Regular, de las 8 dimensiones, 2 son calificadas como Muy buena, 3 como Buena y 3 de Regular, la dimensión vitalidad y dolor corporal son las variables más pobremente calificadas.



Además, la dimensión de función social y rol emocional obtuvieron una evaluación de muy buena CVRS. La percepción de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo de los pacientes, es afectado de manera importante. En la mayoría de estos pacientes, la autopercepción de su enfermedad no afecta sus actividades diarias propiamente a través de su estado emocional.

**EVALUACIÓN SEGÚN SEXO**

La dimensión mejor evaluada es función social para las mujeres y hombres, con un promedio de 84,49; Puntajes medios lo obtuvieron dimensiones como salud general, la peor calificada se encuentra la vitalidad. Los hombres en general tienen una mejor autopercepción de su CVRS en comparación con las mujeres, y en la evaluación de los totales los hombre califican en general su CVRS como buena, mientras las mujeres en el límite superior de la calificación de regular. De las ocho dimensiones los hombres obtuvieron una mejor evaluación en todas las dimensiones (función física, rol físico, función social, vitalidad, rol emocional y salud mental, salud general y dolor corporal). Lo anterior refleja que los hombres, en general, creen que su salud es más constante, que no empeorara tanto con los

**Cuadro 2.** Percepción global de la calidad de vida por dimensión y sexo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de 40 a 79 del EBAIS de General Viejo, Pérez Zeledón, en los meses de junio y julio del año 2013

Grupo por sexo	Promedio Global	Promedios Hombres	Promedios Mujeres
<b>DIMENSIÓN</b>			
Función social	77,32	91,66	84,49
Rol emocional	71,16	91,66	81,41
Salud mental	62,46	72,20	67,33
Rol físico	58,88	68,74	63,81
Función física	55,56	65,69	60,62
Salud general	53,71	54,30	54,00
Dolor corporal	48,35	50,57	49,46
Vitalidad	41,60	56,76	49,18
<b>PROMEDIO GLOBAL</b>	<b>58,32</b>	<b>68,86</b>	<b>63,59</b>

años y que perciben que un menor grado de deterioro en su salud e interacción con el medio que el grupo de las mujeres.

A los hombres su situación de salud les incapacita menos que las mujeres a realizar actividades físicas (caminar, correr, ir de compras), asimismo, su enfermedad afecta menos su salud emocional, también en menor medida entorpece sus actividades laborales y sociales y en comparación con las mujeres, se perciben con mayor vitalidad. En las dimensiones vitalidad, salud general y dolor corporal se obtuvieron los promedios más bajos. Esto refleja que, en cierto modo, la enfermedad les hace sentir a ambos grupos una disminución de su vitalidad, percepción de salud peor en comparación con otras personas que no padecen la enfermedad,

incertidumbre en la evolución de su enfermedad y dolor corporal asociado a la misma.

En contraparte, se denota cómo en las dimensiones función social y rol emocional obtuvieron los promedios más altos, con una evaluación de muy buena CVRS. Ello refleja que su enfermedad no afecta tanto su parte emocional o por lo menos no le atribuyen un deterioro de la misma a su enfermedad. En los hombres la peor calificada fue la dimensión de dolor corporal y en las mujeres, la de vitalidad.

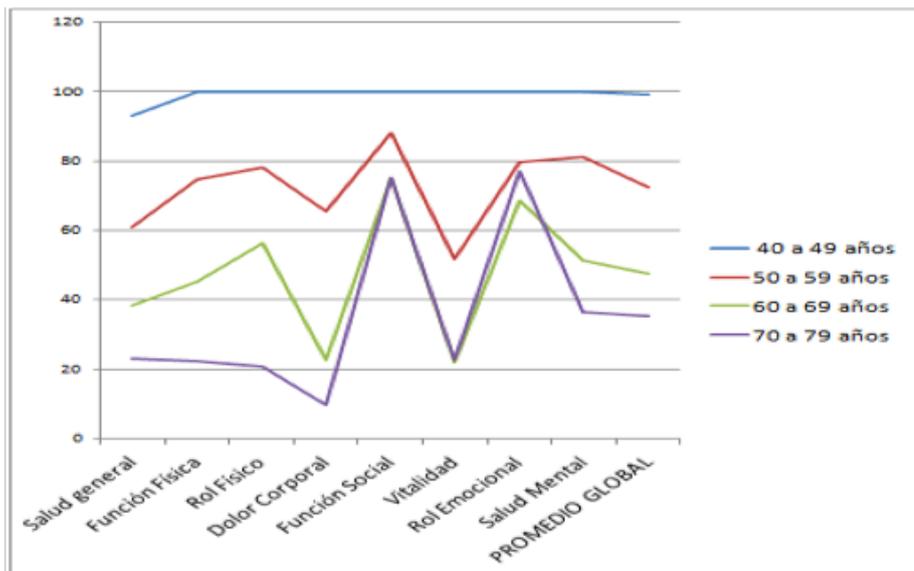
### EVALUACIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO

A mayor edad las personas portadoras de DM2 la percepción de calidad de vida se deteriora en prácticamente todas las

dimensiones con diferencias de hasta 50% de puntaje de un grupo de estudio a otro. De 40 a 49 años el deterioro es mínimo y se comporta casi linealmente sobre los 100 puntos es decir, muy buena CVRS. De los 50 a 59 años se comportan en su mayoría entre el rango de los 60 a 80 puntos, con excepción de la dimensión de vitalidad, la cual disminuye hasta los 51,94 puntos para una regular CRVS y la función social que se mantiene alta hasta los 87,98 puntos. En el grupo de mayor edad, de 60 a 69 años se observan una importante disminución sobresaliendo como de mejor calificación el rol emocional y la función social. Sin embargo, el resto de dimensiones se encuentran de calificada como de regular a mala y obtiene la peor evaluación la dimensión de dolor corporal y salud general. El grupo de mayor longevidad, que va de los 70 a 79 años, presenta el más grande deterioro, pues en promedio se obtuvo en 35,44 como calificación.

Dentro de este grupo vuelven a destacar las variables involucradas con función social y emocional como las mejor evaluadas. A su vez, es notable la pobre calificación obtenida en la dimensión de dolor corporal con 9,58 lo que representa una muy mala y otras como vitalidad, función física, rol físico y salud general fueron percibidas como

Gráfico 4. Percepción global de la calidad de vida por grupo etario CVRS de pacientes con Diabetes Mellutis tipo II de 40 a 79 del EBAIS de General Viejo, Pérez Zeledón, en los meses de junio y julio del año 2013



de mala CVRS. En contraste el grupo de los hombres, a pesar de mostrar de igual manera un deterioro con respecto a los demás grupo etarios, en relación con el grupo de las mujeres el deterioro es menor, pues en este caso ninguna de las dimensiones es evaluada como muy mala.

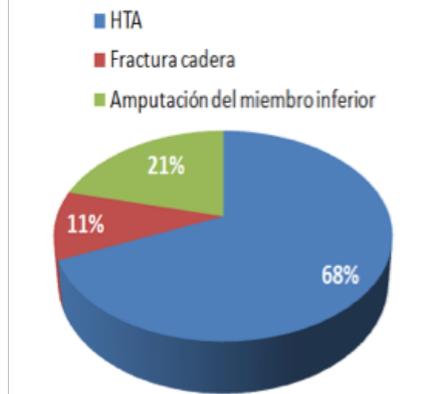
Es destacable la estabilidad en este grupo de las variables relacionadas con el desarrollo social, las cuales en este grupo se mantuvieron estables en todos los grupos etarios.

### PACIENTES CON COMORBILIDADES

Dentro del grupo de pacientes que presentaron comorbilidades, el 68% de estos corresponde a pacientes hipertensos; un 21% a aquellos que presentan

amputación de alguno de sus miembros inferiores y un 11% a quienes aquejaron haber presentado fracturas de cadera.

Gráfico 5. Porcentaje según comorbilidad dentro del grupo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de 40 a 79 del EBAIS de General Viejo, Pérez Zeledón, en los meses de junio y julio del año 2013



Las comorbilidades toman relevancia al comparar ambos grupos, pues se observa un disminución de un 50,55% en la nota de calificación de calidad de vida.

Cuadro 3. Percepción global de CVRS en pacientes con DM2 que asocian alguna comorbilidad que asisten al EBAIS de General Viejo, Pérez Zeledón, de 40 a 79 en los meses de junio y julio del año 2013

Percepción global de CVRS en pacientes DM2	Percepción de CVRS en pacientes DM2 que asocian comorbilidades
63,59	32,15

Esto evidencia cómo los pacientes diabéticos tipo 2, que asocian otra patologías, presentan un deterioro mayor en su desarrollo integral de funciones físicas, sociales y emocionales en comparación con el grupo de aquellos pacientes que solo presentan la DM2 como diagnóstico principal. Lo anterior concuerda con estudios que demuestran como el mal control de la enfermedad, asociado a altos niveles de glicemia, propician complicaciones de la enfermedad y, por ende, asociación de complicaciones y comorbilidades. Además de que estos pacientes presentan una peor percepción de su calidad de vida.

### CONCLUSIONES

La distribución de la muestra de estudio por grupo etario mostró que la mayoría de la población de diabéticos en esta región se encuentra entre los 50 y 59 años, y el menor número al grupo de 70 a 79 años. El porcentaje total

de mujeres es de 64.2%, mientras que los hombres correspondieron al 35.8%. El 50% de las mujeres se ubica entre los 50 a 59 años. El 42% de los hombres se encuentra entre los 60 a 69 años. Los hombres tienen una mejor autopercepción de su CVRS en comparación con las mujeres, globalmente ambos se evalúan como Buena CVRS, sin embargo en sus promedios los hombres aventajan a la mujeres. A mayor edad la percepción de la calidad de vida se deteriora en correlación con su enfermedad, siendo más evidente en el sexo femenino. Los pacientes con los promedios más bajos son quienes además de padecer diabetes mellitus tipo 2 asociaban complicaciones u otras patologías.

## RESUMEN

Con el crecimiento acelerado en la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 mundialmente, se vuelve relevante el impacto de la enfermedad en el desarrollo biopsicosocial del ser humano. La calidad de vida es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida. Esta se ve afectado por múltiples factores entre ellos la condición de salud de los individuos, sus efectos y complicaciones. La evaluación de la calidad de vida relacionada con salud debe ser un pilar para

la evaluación de la prestación de servicios, integración multidisciplinaria y educación de la población. Conociendo estos detalles será posible establecer programas integrales que capten las poblaciones y grupos de mayor afectación para ser intervenidos prioritariamente

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Association of Clinical Endocrinologists (2013), AACE Comprehensive Diabetes Management Algorithm. Recuperado de <https://www.aace.com/publications/algorithm>
2. American Diabetes Association, Información sobre la Diabetes, (2008). Recuperado de <http://www.diabetes.org/assets/pdfs/spanish/Datos-2008-spanish.pdf>
3. Cardenas Villarreal, V. (2006). Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista Ciencia UANL. 8,351-357.
4. Claude Mbanya, J. (2011). Plan mundial contra la diabetes. Trabajo presentado a la Federación internacional de Diabetes y a la Organización Mundial de la Salud, Bélgica.
5. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud del la Secretaría de Salud de México (2012). Cuestionario SF-36. Recuperado de [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/CUESTIONARIO\\_SALUD\\_SF-36.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/CUESTIONARIO_SALUD_SF-36.pdf).
6. Domech González, A (2011). Una aproximación al concepto de calidad de vida y su relación con el desarrollo sostenible". Revista Geográfica de América Central 3, 1-19.
7. Epping, Joanne -Jordan, (2002). Innovative care for chronic health conditions. Rev Panamericana Salud Pública, vol.12, 71-74
8. Federación Internacional de Diabetes (2011). Plan Mundial Contra la Diabetes 2011-2021. Recuperado de <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
9. Gómez Navarro, R. (2009). Calidad de vida y grado de control en diabéticos tipo 2 atendidos en atención primaria. Revista Calidad Asistencial, 29, 51-59.
10. González Astúa, A. (2011) Una aproximación al concepto de calidad de vida y su relación con el desarrollo sostenible. Revista Geográfica de América Central. 13,1-19.
11. Hernández, Xirinachs, Morera, Aparicio, Barber, Vargas. (2006). Decimotercer Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible: Una medida de calidad de vida relacionada con la salud: valores poblacionales de referencia para Costa Rica, Gobierno de la república de Costa Rica.
12. Kasper D ,Longo D, Braunwald E., Fauci A., Hauser S., Jameson J.(2008). Principios de medicina interna -Harrison-, Mexico DF: Mc Graw Hill.
13. La Cruz González, V. (2004), Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 14, 1-12.
14. Masis, S. (2010). "Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de Costa Rica". Rev Anales en Gerontología, N.º 6 / 99-112.
15. 15-National Center for Chronic

- Disease Prevention and Health Promotion (2012), Diabetes Report Card. Recuperado de <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/diabetesreportcard.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud, Diabetes Mellitus (2013). Recuperado de [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es).
  17. Quirantes Hernández, A. (2005). Programa Mejorar la calidad de la vida del paciente diabético". Revista Cubana Médica, 21(3-4).
  18. Ramírez Ordoñez, M. (2011). Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2". Revista Ciencia y Cuidado. vol 8, 21-28.
  19. Romero Massa, E. (2010). Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia, Revista Ciencias Biomédica, 1:190 - 198.
  20. Sánchez , Téllez, Guijón. (2010). Instrumentos específicos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 2 disponibles en España. Revista Medicina Clínica, 63, 658-664.
  21. Tao Le, Chin-Hong L, Baudendistel R. (2007). First Aid para medicina interna, una guía de residente a residente, 198-202. México DF. Mc Graw-Hill.
  22. Tralov, Ware, Greenfield, Nelson, Perrin, Zubkof (1989), The Medical Outcome Study: And application of methods for monitoring the results of medical care. American Medical Association Vol 262, No 7, pp 925-230.
  23. Urzúa, A. (2011). Auto reporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica de Chile, 139, 313-320.
  24. Vilaguta, Ferrera, Rajmilb, Rebolloc, Permanyer-Miralda, Quintanae. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Revista Gaceta Sanitaria Barcelona, 19, 135-150.
  25. Vinaccio, S. (2010). Aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Revista de Universidad de Santo Tomás, Bogotá, Colombia, 1:125-137.