

¹Rubén Salvador Romero-Márquez,
²Gloria Díaz-Veja,
³Hilda Romero-Zepeda

Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2

¹Coordinación Delegacional de Salud Pública,
Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro

²Facultad de Ciencias Naturales

³Facultad de Enfermería

Autores 2 y 3 Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México

Resumen

Introducción: se considera como estilos de vida a los patrones de conducta elegidos de alternativas disponibles y que pueden o no afectar la salud. En esta investigación se evalúa la calidad de vida y los estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Métodos: estudio transversal de 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 provenientes de unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro.

Resultados: 45.3 % mujeres y 54.7 % hombres, edad de 53.5 ± 6.6 años, 72.7 % entre los 50 y 59 años; 8 ± 2.08 años de evolución de la enfermedad; 84 % no perteneció a grupos de apoyo. Los dominios del estilo de vida que requieren atención fueron actividad física (48.1 %), autoestima (57.8 %), autopercepción (68.3 %), dieta (68.7 %) y apego terapéutico (73.5 %). Los dominios de la calidad de vida afectados fueron físicos, relaciones sociales y medio ambiente; la espiritualidad obtuvo la mayor puntuación.

Conclusiones: no existe adherencia a grupos de apoyo. Los programas deben considerar la edad y el nivel socioeconómico. Falta mejorar la actividad física, la autoestima, la dieta y el apego terapéutico, así como la independencia-ambiente y el dominio físico.

Palabras clave

diabetes mellitus
calidad de vida
estilo de vida

Summary

Background: diabetes mellitus type 2 (DM2) is the main cause of morbi-mortality, and disability in our country. The life style (LS) is the pattern of conduct that can or cannot affect the health; LS influences on the DM2 incidence and affects the quality of life of the diabetic patient. The purpose was to evaluate the quality and LS in patients with DM2.

Methods: a cross-sectional study in 150 patients with DM2 was carried out. The quality and LS were measured.

Results: the sample aged 53.5 ± 6.6 years, 72.7 % aged 50 to 59 years; 45.3 % were women; an average of 8 ± 2.08 years in the disease's evolution was found. The 84 % belonged to a supporting group, 8.7 % were in SODHI groups and 7.3% to other group. The affected domains of LS were physical activity (48.1 %), Self-esteem (57.8 %), Self-perception (68.3 %), Diet (68.7 %) and attachment to the treatment (73.5 %). The most affected domains of quality of life were physical, social relations and environmental. Spirituality and believes obtained greater qualifications.

Conclusions: there was little adhesion to support groups. It is necessary to improve life styles on physical activity, self-esteem, diet and attachment to the treatment.

Key words

diabetes mellitus
quality of life
life style

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia provocada por defectos de la secreción o acción de la insulina.^{1,2} Es un padecimiento crónico que de no ser tratado adecuadamente genera enfermedades cardiovasculares, ceguera e insuficiencia renal crónica.³ Constituye un problema de salud pública tanto por la magnitud de sus reper-

cusiones en el área biológica como en la psicológica y en la social, y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. De acuerdo con las estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes mellitus 2 ocupa entre la segunda y tercera causa de los egresos hospitalarios, es la tercera o cuarta causa de demanda en la consulta externa, la mortalidad pasó del cuarto lugar en 1990 al tercero en el 2001 y el gasto originado por sus complicaciones es tres veces superior al de su tratamiento y control.^{4,5}

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir, que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos, definiéndolo como “patrón de conducta que ha sido elegido de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir sus circunstancias socioeconómicas”.

Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades creativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural.⁶

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “una percepción individual de uno acerca de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación con sus metas, sus perspectivas, sus normas y preocupaciones”. La calidad de vida centrada en la salud ha permitido desarrollar dos líneas de investigación fundamentales como la evaluación del impacto de los programas de salud y la evaluación de las intervenciones terapéuticas y su relación costo-beneficio, con lo cual se obtienen datos desde una perspectiva amplia al medir dimensiones físicas, psicológicas y sociales.⁷

La calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros, que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.⁸

En diversos estudios se define el estilo de vida como factor de riesgo para la incidencia de diabetes mellitus 2 en la población, con detrimento de su calidad de vida,⁶ y se establece la necesidad de la modificación de los estilos de vida para el control de la enfermedad y conservación de la calidad de vida. Sin embargo, se desconoce qué estilos de vida se ven afectados en una persona posterior al haberse diagnosticado con diabetes mellitus 2, y su efecto en los diferentes dominios y facetas de la calidad de vida. La presente investigación tiene como propósito determinar la calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2, y evaluar si los estilos de vida propician un mayor deterioro, para proponer alternativas y mejorar los programas de atención.

Estilo y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Aproximadamente 8.2 % de la población entre 20 y 68 años padece diabetes, esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas. La prevalen-

cia en el Instituto Mexicano del Seguro Social es de 8.7 % según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000,⁹ superior a lo informado en otras poblaciones, además, la diabetes mellitus es la primera causa de muerte en las mujeres (15.4 por 100 000) y la segunda en los hombres (10.3 por 100 000), según las estadísticas de mortalidad en México registradas en 2003.^{10,4}

Entre 85 y 90 % de los pacientes con diabetes mellitus son tipo 2.^{11,2} Su tratamiento intensivo y adecuado se relaciona con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que parece razonable recomendar un control y apego estricto al tratamiento.¹² Se define apego al tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir la dieta o transformar su estilo de vida. Asimismo, es importante insistir al paciente en la aceptación de su padecimiento e identificar los trastornos afectivos y de ansiedad que ello implica, ya que su manejo adecuado se asocia con una mejoría en la calidad de vida.¹³⁻¹⁷

La calidad de vida se reconoce en su concepto multidimensional, que incluye algunos aspectos del estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.^{6,18}

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como “una percepción individual de uno acerca de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en que vive y en relación con sus metas, sus perspectivas, sus normas y preocupaciones”.^{7,8} La calidad de vida centrada en la salud ha permitido desarrollar dos líneas de investigación fundamentales como la evaluación del impacto de los programas de salud y la del impacto de las intervenciones terapéuticas y su relación costo-beneficio, con lo cual se obtienen datos desde una perspectiva amplia al medir dimensiones físicas, psicológicas y sociales, y no desde perspectivas dicotomizadas como tradicionalmente se observa en la literatura de investigación.^{19,8,6}

La calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. En los últimos años el crecimiento de la fuerza laboral analfabeta funcional en ciudades ha sido paralelo al crecimiento de la población rural que vive en condiciones de pobreza. La población rural que migra a zonas urbanas se caracteriza por carecer de servicios sociales, de salud, de vivienda y de infraestructura sanitaria. Las altas tasas de desempleo y violencia son los principales problemas que afectan a la población,

que si trabaja lo hace en el sector informal, con salarios bajos y sin los beneficios de la seguridad social. El nivel de educación influye para las oportunidades de empleo, el autocuidado y la salud en general. En el marco conceptual de conductas de riesgo se encuentra el uso de tabaco, alcohol y drogas, que imponen una amenaza a la salud, debido a sus consecuencias a corto y mediano plazos. En zonas marginadas, la pobreza deriva en falta de servicios, en desnutrición y en un mayor riesgo de adquirir enfermedades transmisibles. Todos estos factores sociales afectan negativamente la salud y la calidad de vida de una persona en su comunidad.^{18,20,21}

La combinación de supervivencia y calidad de vida ha sido usada en modelos matemáticos para la predicción del impacto económico de una enfermedad, desde perspectivas sociales o institucionales; una manera de relacionar la cantidad y calidad de vida se basa en combinarlas dentro de una medición, como los años de vida ajustados por calidad.

El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden pacientes con diabetes mellitus 2, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, obesidad, consumo de alcohol y de tabaco, entre otros, se han asociado con la ocurrencia, curso clínico y control de la enfermedad. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes mellitus o cambiar su historia natural.^{6,22-25}

La Organización Mundial de la Salud considera los estilos de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos, es decir, como “patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo con su capacidad para elegir sus circunstancias socioeconómicas”. Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades creativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo.⁶

El estilo de vida constituye un importante agente etiológico de la enfermedad y de la aparición de complicaciones que afectan la calidad de vida del paciente; sin embargo, no existen estudios que determinen qué facetas y dominios de calidad de vida están afectados por los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Instrumentos utilizados para medir estilos y calidad de vida

Aunado al desarrollo de los estudios de investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud se han diseñado instrumentos de evaluación que combinan características que

les dan sustento conceptual, confiabilidad y validez, siendo fundamental que sean relevantes culturalmente, es decir, que indaguen sobre aspectos significativos para las personas en un lugar determinado y en un momento histórico dado.^{4,26-28}

En forma general, los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos.^{1,4,5,27} Los primeros (genéricos) se han utilizado en particular para indagar la calidad de vida en una población con características específicas y principalmente relacionadas con la evolución, el impacto y el tratamiento de una enfermedad; los segundos (específicos), como su nombre lo indica, evalúan solamente un órgano o sistema afectado, se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Los instrumentos se diseñan a partir de los síntomas, las limitaciones y los trastornos de la vida diaria que producen estas enfermedades.^{1,4,5,27}

Actualmente existen múltiples instrumentos para evaluar la calidad de vida de ambos tipos; al efectuar una revisión documental se identificaron algunos como la escala *Karnofsky Performance Status* y la ECOG, diseñada por el *Eastern Cooperative Oncologic Group* de Estados Unidos y validada por la Organización Mundial de la Salud para medir la calidad de vida del paciente oncológico, considerando el cambio continuo y rápido de las expectativas de vida, entre otras.¹³ A continuación se describe el instrumento genérico diseñado por la Organización Mundial de la Salud, WHOQOL-100, validado y de alta aplicación, que incluye seis áreas o dominios de calidad de vida, cada una profundiza en uno de los siguientes aspectos:

- *Salud física*: energía y fatiga, dolor y malestar, sueño y descanso.
- *Salud psicológica*: imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos y sentimientos positivos, autoestima, pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración.
- *Nivel de independencia*: movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de sustancias médicas y asistencia médica, capacidad de trabajo.
- *Relaciones sociales*: relaciones personales, soporte social, actividad sexual.
- *Medio ambiente*: recursos financieros, seguridad, ambiente físico (contaminación, clima, etcétera), transporte, recreación, tiempo libre, participación social.
- *Espiritualidad/religión/creencias personales*.

Es un instrumento validado en varios idiomas, autoadministrado y que consta de 100 reactivos.¹⁶

Para evaluar estilos de vida se utilizó el instrumento IMEVID⁶ (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos), validado y creado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, de tipo autoadministrado para pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2, que consta de 25

reactivos, constituido por preguntas cerradas de opción tipo Likert, de donde se obtiene una escala de 0 a 100 puntos. El resultado de la escala sumativa directa de los reactivos con valores 0, 2 y 4, donde 0 es la conducta indeseable, 2 conducta regular y 4 conducta deseable. El estilo de vida a su vez se divide en cinco dominios:

- *Dieta* (preguntas de la 1 a la 9, con una puntuación máxima de 36).
- *Actividad física* (preguntas de la 10 a la 12, con una puntuación máxima de 12).
- *Toxicomanías* (preguntas de la 13 a la 16, con una puntuación máxima de 16).
- *Autoestima* (preguntas de la 19 a la 21, con una puntuación máxima de 12).
- *Apego al tratamiento* (preguntas de la 22 a la 25, con una puntuación máxima de 16).

En estos dominios, hasta 50 % de la máxima puntuación fue considerado mal estilo de vida, de 51 a 75 % fue considerado regular estilo de vida, y de 76 a 100 % fue considerado un buen estilo de vida.

IMEVID evalúa aspectos de nutrición, actividad física, toxicomanías, orientación e información sobre la enfermedad y aspectos emocionales.⁶

Métodos

Estudio transversal, observacional y de asociación. Participaron 166 pacientes de uno y otro sexo, con consentimiento informado, mayores de 20 años de edad, con cinco a 10 años de evolución de la enfermedad una vez diagnosticados, derivados proporcionalmente a su densidad poblacional de las unidades de medicina familiar de la Delegación Querétaro, Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el año 2006. Se aplicó lo siguiente:

1. Ficha de identificación con codificación y datos de identificación del paciente, unidad de medicina familiar de procedencia y años de evolución de la enfermedad; se cumplió con los aspectos de confidencialidad.
2. Encuesta sociodemográfica con reactivos que identifican datos referentes a ingreso salarial, estado civil, nivel de escolaridad, asociación con grupos de apoyo, grupos SODHI o de tipo informativo.
3. IMEVID, que evalúa aspectos de nutrición, actividad física, toxicomanías, orientación e información sobre la enfermedad, emociones.
4. WHOQOL-100, para valorar la calidad de vida, con acuerdo por escrito de uso y retroalimentación. Resume y define los dominios y subdominios (facetos) de calidad de vida (100 reactivos) y los evalúa con una escala tipo Likert y con una

Variables	Personas con diabetes mellitus	
	n	%
Edad		
30-39	5	3.3
40-49	36	24.0
50-59	109	72.7
Total	150	100.0
Sexo		
Femenino	68	45.3
Masculino	82	54.7
Total	150	100.0
Tiempo de evolución (años)		
5-9	84	56.0
10-14	66	44.0
Total	150	100.0
Ingresos (salarios mínimos)		
1-2	55	36.7
3-4	43	28.7
5-6	30	20.0
7-8	12	8.0
≥ 9	10	6.7
Total	150	100.0
Escolaridad		
No sabe leer ni escribir	18	12.0
Leer y escribir	20	13.3
Primaria	55	36.7
Secundaria	23	15.3
Estudios técnicos	7	4.7
Bachillerato	16	10.7
Licenciatura	11	7.3
Total	150	100.0
Pertenencia a grupos		
SOHDI	13	8.7
De ayuda	11	7.3
Ninguno	126	84.0
Total	150	100.0

puntuación total equivalente derivada de la sumatoria de algoritmos por dominio: 120 a 106 (100 % QOL), excelente; de 105 a 76 (75 % QOL), buena; de 75 a 45 (50 % QOL), regular; de 47 o menos (< 50 % QOL), mala.

La calidad de vida se manejó como la variable dependiente, con todos sus dominios y como variables independientes estilo de vida, edad, sexo, estrato socioeconómico y

años de evolución de la enfermedad. Se utilizó estadística descriptiva y tratamiento algorítmico acorde con la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-100) y con el programa estadístico SPSS versión 13.0.

Resultados

Al revisar las variables sociodemográficas en el cuadro I se aprecia que el rango de edad osciló entre 30 y 59 años, con una media de 53.5 ± 6.6 años, siendo el grupo de 50 a 59 años el de mayor frecuencia (72.7 %), datos que concuerdan con la incidencia del padecimiento en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro (SIVEIMSS) y con otros estudios.^{6,11,27} Respecto a la distribución por sexo, 54.7 % correspondió al masculino y 45.3 al femenino. En cuanto a la distribución por tiempo de evolución de la enfermedad se obtuvo un promedio de 8 ± 2.08 años, donde 56 % de los pacientes tenía de cinco a nueve años y 44 % de 10 a 14 años de iniciada su patología; en ningún paciente se identificaron complicaciones crónicas de la enfermedad, ya que fue un criterio de exclusión.

Se investigó la pertenencia a grupos de ayuda para la recepción de información o educación acerca de su padecimiento

to; al respecto solo 8.7 % comentó haber acudido a los grupos formales del Instituto Mexicano del Seguro Social denominados grupos SODHI; asimismo, 7.3 % señaló acudir a otros grupos de ayuda para recibir información; resaltó que 84 % de las personas manifestó nunca haber acudido a algún grupo para recibir información acerca de su enfermedad (cuadro I). Al comparar las diferencias por medio del análisis de la varianza (Anova) no se apreciaron diferencias significativas respecto a la edad y los años de evolución de la enfermedad. En cuanto a la distribución por ingreso económico, 36.7 % de las personas contaba con ingresos menores a dos salarios mínimos, es decir, su ingreso económico por día fue menor de 100 pesos; asimismo, se demostró que estas diferencias fueron significativas ($p < 0.000$) (cuadro II).

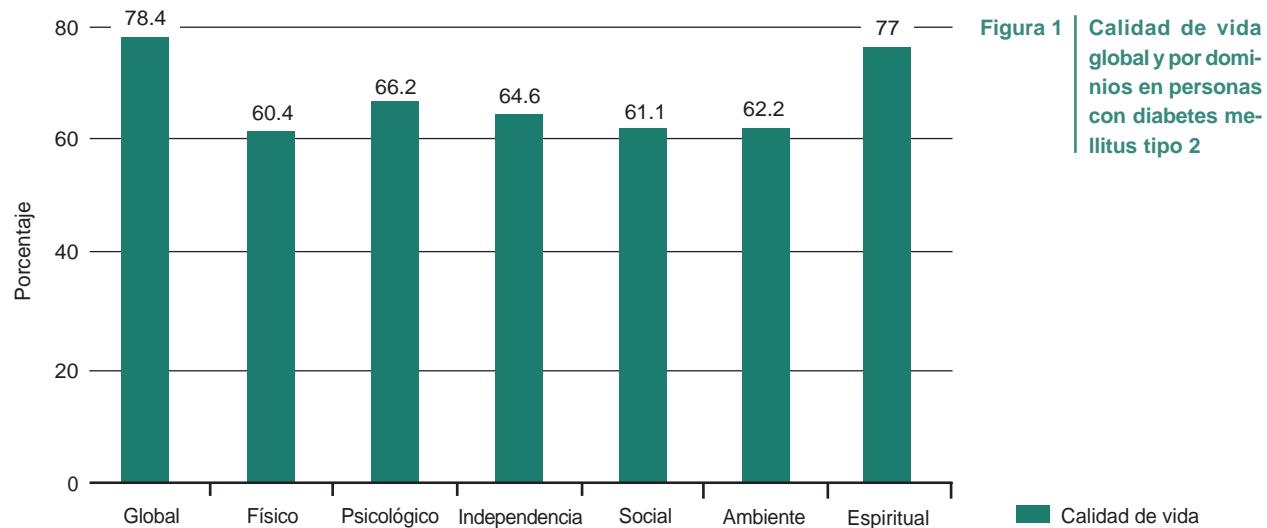
El nivel educativo de las personas con diabetes mellitus fue bajo y resaltó 12.7 % de analfabetismo y 65.7 % con estudios máximos de primaria o secundaria; solo 7.3 % tuvo estudios de licenciatura, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.029$) (cuadro II).

En cuanto a los datos obtenidos de la variable dependiente, en la estimación del nivel de la calidad de vida en las personas con diabetes mellitus se obtuvo un resultado de calidad de vida global de 78.4 %, y al revisar cada uno de los

Cuadro II | Anova de calidad de vida y variables sociodemográficas

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total de calidad de vida-grupos de edad							
Total de calidad de vida-grupos de edad	Intergrupos	(Combinados)	0.301	2	0.151	0.492	0.612
	Intragrupo		45.039	147	0.306		
	Total		45.340	149			
Total de calidad de vida-años de evolución de diabetes							
Total de calidad de vida-años de evolución	Intergrupos	(Combinados)	0.231	1	0.231	0.757	0.386
	Intragrupo		45.109	148	0.305		
	Total		45.340	149			
Total de calidad de vida- nivel de escolaridad							
Total de calidad de vida-nivel de escolaridad	Intergrupos	(Combinados)	7.655	6	1.276	4.841	0.000
	Intragrupo		37.685	143	0.264		
	Total		45.340	149			
Total de calidad de vida-ingreso familiar mensual							
Total de calidad de vida-aproximación del ingreso familiar mensual	Intergrupos	(Combinados)	3.228	4	0.807	2.779	0.029
	Intragrupo		42.112	145	0.290		
	Total		45.340	149			

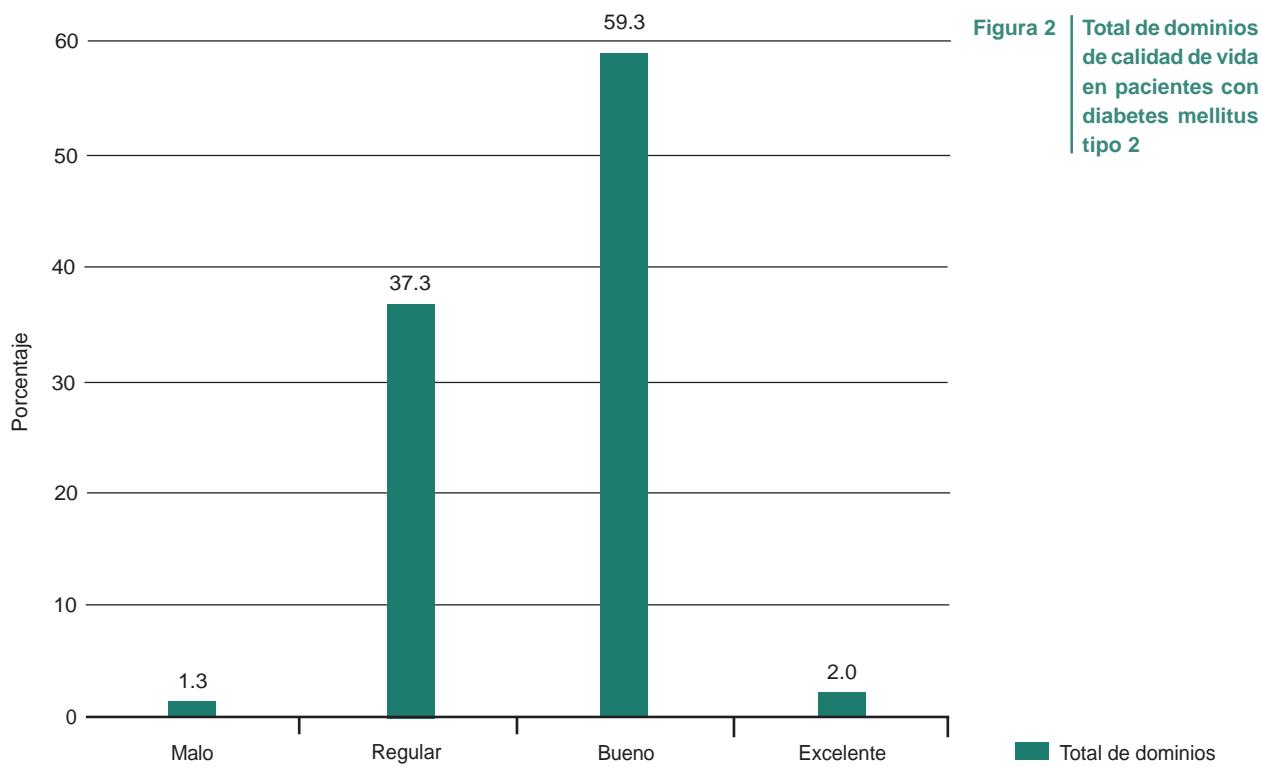
gl = grados de libertad



perfíles de los dominios del instrumento WHOQOL-100 se obtuvo 60.4 % en salud física, 66.2 % en salud psicológica, 64.6 % en el nivel de independencia, 61.6 % en relaciones sociales, 62.2 % en ambiente y 78.4 % en espiritualidad (figura 1).

En la figura 2 se muestra la evaluación global y de cada uno de los dominios de calidad de vida. Los resultados muestran que la percepción de calidad global fue de mala a regular en 38.6 %, 59.3 % la consideró buena y solo 2 % excelente.

Al efectuar el análisis de varianza (Anova), los resultados que tuvieron significación estadística correspondieron al dominio psicológico ($p < 0.014$), que evaluó imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos y sentimientos positivos, autoestima, pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración; dominio social ($p < 0.029$), relaciones personales, soporte social, actividad sexual; y dominio ambiental ($p < 0.01$), recursos financieros, seguridad, ambiente físico (con-



Cuadro III | Anova de calidad de vida global y por dominio

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total de calidad de vida	Intergrupos	1.529	2	0.764	2.565	0.080
	Intragrupos	43.811	147	0.298		
	Total	45.340	149			
Pondera dominio 1 (físico)	Intergrupos	0.657	2	0.328	0.874	0.419
	Intragrupos	55.217	147	0.376		
	Total	55.873	149			
Pondera dominio 2 (psicológico)	Intergrupos	3.612	2	1.806	4.408	0.014
	Intragrupos	60.228	147	0.41		
	Total	63.84	149			
Pondera dominio 3 (independencia)	Intergrupos	0.727	2	0.364	0.745	0.476
	Intragrupos	71.733	147	0.488		
	Total	72.46	149			
Pondera dominio 4 (social)	Intergrupos	3.714	2	1.857	3.624	0.029
	Intragrupos	75.326	147	0.512		
	Total	79.04	149			
Pondera dominio 5 (ambiente)	Intergrupos	3.38	2	1.69	4.759	0.01
	Intragrupos	52.194	147	0.355		
	Total	55.573	149			
Pondera dominio 6 (espiritual)	Intergrupos	2.08	2	1.04	0.953	0.388
	Intragrupos	160.46	147	1.092		
	Total	162.54	149			

gl = grados de libertad

taminación, clima, etcétera), transporte, recreación y tiempo libre (cuadro III).

Al revisar la información de calidad de vida y cada uno de los estilos de vida seleccionado (nutrición, actividad física, adicciones, autoestima, apego al tratamiento), se obtuvieron resultados estadísticamente significativos mediante el análisis de varianza (Anova) en actividad física ($p < 0.006$), autoestima (0.002) y apego al tratamiento ($p < 0.028$), siendo éstos los estilos de vida identificados que afectan la calidad de vida de las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 (cuadro IV).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue medir el nivel de calidad de vida relacionada con la salud de pacientes portadores de diabetes mellitus, con cinco a 10 años de evolución y en quienes no se

hubieran detectado complicaciones crónicas de la enfermedad, con el propósito de identificar valores que puedan servir de base poblacional de comparación con estudios similares. Los datos muestran en primer lugar que quienes aceptaron participar en la investigación fueron muy semejantes en cuanto a características sociodemográficas. Sin embargo, los pacientes tenían altos índices de baja escolaridad y analfabetismo, así como bajos ingresos económicos y poca participación en la integración a grupos de ayuda, que se convierten en factores de riesgo potencial de la no aceptación de la enfermedad y, por tanto, favorecedores del no apego al tratamiento, que propiciaría el descontrol metabólico y las complicaciones crónicas.

De ahí la necesidad de que las instituciones de salud impulsen la consolidación de los grupos de ayuda, en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social los denominados SODHI, los cuales tienen como objetivo educar a los pacientes con sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión arterial, padecimientos que requieren un control efectivo de los en-

fermos y con ello brindarles una mejor calidad de vida (Comité de Educación en Diabetes, Fundación IMSS, A. C, 2007 y Manual SODHI). La ventaja del aprendizaje sobre la información es que ésta permite la construcción de nuevos aprendizajes por parte del paciente, con la ayuda o intervención del personal de salud, que relaciona de forma no arbitraria la nueva información con la que el paciente sabe, con lo que se genera un conflicto cognitivo que conduce a la modificación de la estructura cognitiva previa.

En segundo término, las personas con diabetes mellitus presentaron un índice de regular a malo en deterioro de su calidad de vida relacionada con su salud en 38.6 %, valor muy semejante al obtenido por De los Ríos y colaboradores,¹⁹ con un nivel de deterioro de 45 %, aun cuando se utilizó otro tipo de instrumento para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (Escarvirs) en personas sanas, con diabetes mellitus tipo 2 o con diabetes mellitus 2 más nefropatía diabética.

El perfil de la calidad de vida relacionada con la salud en sus diferentes dominios se encuentra afectado, en especial el área de las repercusiones físicas, resultados similares a los obtenidos por De los Ríos y colaboradores,²⁹ donde los pacientes mostraron un deterioro en los dominios físico y psicológico, siendo su principal motivo de queja la alteración en cuanto a sueño, energía y autoestima, este último aspecto fundamental para lograr la aceptación de la enfermedad.

Se espera que los equipos multidisciplinarios de salud colaboren con el paciente con diabetes mellitus para lograr que sea un individuo socialmente adaptado, físicamente apto para llevar una vida lo más normal posible, metabólicamente controlado, con ausencia de complicaciones o en su defecto tan pocas como sea posible y psicológicamente compensado.^{18,30-34}

Desde el punto de vista del dominio social sobresalen los bajos ingresos económicos de los pacientes. Podemos asumir que la mayoría depende del sistema de salud, en este

Cuadro IV | Anova de calidad de vida y estilos de vida

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Total de calidad de vida-ponderado IMEVID Nutrición							
Total de calidad de vida-ponderado nutrición	Intergrupos	(Combinados)	1.701	2	0.851	2.865	0.060
	Intragrupos		43.639	147	0.297		
	Total		45.340	149			
Total de calidad de vida-ponderado IMEVID Actividad Física							
Total de calidad de vida-ponderado actividad física	Intergrupos	(Combinados)	3.010	2	1.505	5.226	0.006
	Intragrupos		42.330	147	0.288		
	Total		45.340	149			
Total de calidad de vida-ponderado IMEVID Adicciones							
Total de calidad de vida-ponderado adicciones	Intergrupos	(Combinados)	0.259	2	0.130	0.422	0.656
	Intragrupos		45.081	147	0.307		
	Total		45.340	149			
Total de calidad de vida-ponderado IMEVID Autoestima							
Total de calidad de vida-ponderado autoestima	Intergrupos	(Combinados)	3.567	2	1.783	6.276	0.002
	Intragrupos		41.773	147	0.284		
	Total		45.340	149			
Total de calidad de vida-ponderado IMEVID Apego al Tratamiento							
Total de calidad de vida-ponderado apego al tratamiento	Intergrupos	(Combinados)	2.145	2	1.073	3.650	0.028
	Intragrupos		43.195	147	0.294		
	Total		45.340	149			

gl = grados de libertad

caso del Instituto Mexicano del Seguro Social y de sus beneficios adquiridos como derechohabiente, tales como servicios médicos de primer y segundo nivel de atención, de tal forma que en la institución recae la responsabilidad de garantizar un abasto oportuno y suficiente de recursos, con su consiguiente gasto de la atención. Hoy sabemos que la diabetes mellitus es la enfermedad que mayores gastos genera a los sistemas de salud, de ahí la necesidad de proponer estrategias educativas en beneficio de los pacientes con diabetes mellitus 2 que coadyuven en la disminución de complicaciones de la enfermedad y a controlar el alto costo humano e institucional a una situación socialmente aceptable.

En este sentido, la educación para la salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social se sustenta en la misma educación impartida por el equipo multidisciplinario de salud (médicos, personal de enfermería, nutrición y trabajador social). Sin embargo, esta actividad forma parte de sus actividades cotidianas, rebasadas muchas veces por atender el aspecto curativo, con descuido del aspecto educativo de la población derechohabiente. Se sugiere que una estrategia de salud poblacional sea contar con equipos multidisciplinarios en salud orientados a la educación en diabetes mellitus.

El dominio de las relaciones sociales fue de los más afectados, en el cual sobresalieron los problemas de relaciones personales por falta de comunicación con la pareja, que se ven acentuados por los problemas en el ámbito sexual, donde la disfunción y la pérdida de interés sexual entre las personas afectadas por la diabetes se convierten en factores determinantes en el deterioro del nivel de la calidad de vida, por lo que se identifica la necesidad de incluir en el equipo de salud a psicólogos que coadyuven mediante estrategias educativas grupales a impulsar actividades participativas para el manejo del estrés, de la ansiedad y de la pérdida de la autoestima por parte de las personas que al ser diagnosticadas como enfermas de diabetes mellitus se deteriora, como lo señalan Lustman,³³ Franciosi,³⁵ Méndez,³⁶ De los Ríos,³⁷ Goldney³⁸ y Sato.³⁹

Al contrastar los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud y los estilos de vida afectados, resaltan la actividad física ($p < 0.006$), la autoestima ($p < 0.002$) y el apego al tratamiento ($p < 0.028$), que obligan a incluir dentro del programa educativo de los pacientes la práctica formal de actividades físicas que transiten de actividades deportivas recreativas a actividades deportivas sistemáticas, que han demostrado mejorar la calidad de vida de las personas, mejorando los dominios de relaciones sociales, medio ambiente y funcionamiento psicológico.^{15,40}

En cuanto a los instrumentos WHOQOL-100 e IMEVID —dos cuestionarios bien diseñados, con procedimientos de confiabilidad y validez en estudios previos, cuyo tiempo de aplicación es corto, de fácil manejo e interpretación— permitieron un acercamiento a la evaluación de la calidad y estilos de vida relacionados con la salud de los pacientes con diabetes mellitus 2.

Con base a lo anterior podemos comentar que estos instrumentos son de gran utilidad para las instituciones de salud en la toma de decisiones para el diseño de políticas y programas de salud, para mejorar las relaciones interpersonales entre el personal de salud y los pacientes y, sobre todo, para evaluar después de las intervenciones efectuadas cuál es el nivel de bienestar y la percepción de los pacientes sobre su estado de salud. En este sentido existen experiencias de intervención educativa a través de grupos de ayuda que han demostrado utilidad en lograr el control de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, entre otras.

Deben proponerse políticas nacionales de promoción a la salud, como en el Instituto Mexicano del Seguro Social con los grupos de ayuda SODHI y actualmente como programa piloto de esta institución iniciar atención prioritaria a personas con diabetes mellitus por medio de un equipo multidisciplinario denominado consultorio DiabetIMSS.

Existe la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios que incluyan personal de psicología y nutrición que manejen la ansiedad y la depresión, así como el diagnóstico nutricional, respectivamente. Sin embargo, estas categorías son de las áreas más olvidadas en la evaluación de indicadores de asignación de recursos humanos en las instituciones de salud, por lo que será necesario modificar el indicador que permita incrementar el número de plazas de esta categoría de acuerdo con las necesidades actuales de la población derechohabiente.

Asimismo, se deben promover programas de intervención con enfoque de talleres grupales que permitan una mayor cobertura de la población con atención integral a la salud y se incremente el costo-beneficio de los recursos que se asignen.

En este orden de ideas debe incluirse en las instituciones del sector salud la categoría del licenciado en promoción deportiva, que permita la orientación de la activación física, pilar del tratamiento no medicamentoso de las enfermedades crónicas y que estimula el apego del tratamiento de los pacientes y el control de su enfermedad.^{13,15}

Por último, debemos señalar que los espacios asignados en las unidades médicas del Sector Salud para efectuar las actividades de promoción y de educación para la salud son los menos favorecidos, generalmente se trabaja en las salas de espera y las actividades se ven interrumpidas al acceder los pacientes a su consulta médica; asimismo, no se cuenta con espacios para la actividad física y se promueve que esta actividad se efectúe por el personal de enfermería en las salas de espera con material audiovisual, a través de la estrategia de pausa para la salud.¹⁵

Por tal motivo, se señala la necesidad de mejorar el nivel de salud de la población, orientar con un enfoque interinstitucional a través de un sistema nacional de cartillas, donde se promuevan las actividades de promoción, orientación nutricia, prevención y detección de enfermedades y salud reproductiva y surge la necesidad de contar con espacios para su ejecución. Por ello, el Instituto Mexicano del Seguro Social

implantó como política de salud en sus unidades de medicina familiar los “Módulos PrevenIMSS”, para otorgar la atención integral en salud.

Las instituciones de salud deben dar una respuesta social organizada para dar solución a esta problemática de salud, ponderar de igual forma la salud y la enfermedad y se sugiere contar con “Clínicas PrevenIMSS” que integren las actividades médico-preventivas que efectúa la enfermera especialista de Universidad de Medicina de Familia, con las acciones de los licenciados de nutrición, en promoción deportiva y en psicología, para que, además del manejo de pacientes con sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial, se promuevan los grupos de ayuda de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y tuberculosis pulmonar, todos ellos problemas de salud identificados y jerarquizados en el Sector Salud y que pueden ser perfectamente coordinados a través del personal de trabajo social médico.

A fin de proporcionar una atención integral en salud se pueden incluir en las “Clínicas PrevenIMSS” los módulos de citología exfoliativa y los mastógrafos, que permitan efectuar la detección oportuna y agilicen el estudio de pacientes sospechosas de los dos tipos de cáncer que afectan a la población mexicana. Las “Clínicas PrevenIMSS” pueden ser dirigidas por personal con Licenciatura en Enfermería que cuente con la especialización en Salud Pública, Atención Primaria a la Salud, Enfermería en Medicina de Familia, categorías que garantizan el perfil formativo requerido (administrativo, educativo

y asistencial) necesario para el funcionamiento de la “Clínica PrevenIMSS”.

Conclusiones

De acuerdo con los datos en esta investigación podemos concluir que los participantes con diabetes mellitus 2 perciben un deterioro en su calidad de vida relacionada con su salud. Los dominios de calidad de vida mayormente afectados corresponden a las esferas psicológica, social y ambiental. Los estilos de vida que afectan la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus 2 corresponden a la actividad física, la autoestima y el apego al tratamiento médico.

Se hace necesario abordar este problema de salud desde un punto de vista integral, con equipos multidisciplinarios que incidan en las esferas educativas, psicológicas, deportivas y nutricias y que permitan el control de los pacientes con diabetes mellitus 2 y mejoren su percepción de su nivel de bienestar y salud. Una política de salud organizada y socialmente aceptable puede ser la creación de “Clínicas PrevenIMSS”, con un enfoque orientado a la prevención primaria y secundaria, con lo cual se ponderará por igual la atención preventiva y la curativa. Los instrumentos para evaluar la calidad y los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus 2 permiten evaluar la percepción del nivel de salud de los pacientes.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Diario Oficial de la Federación 7 de abril de 2000. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
2. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1999;22(Supl 1):S5-S17.
3. Becerril R, Salmerón J, Ramírez E, Belio F. Nuevos criterios de asignación a programas de diálisis peritoneal. Impacto sobre la calidad de vida y la utilización de servicios. *Rev Med IMSS* 1994;32(2):165-171.
4. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública Mex* 2005; 47(2):171-187. Disponible en http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/mar%20abr/11.pdf
5. De la Fuente JR. La salud en un México en transición. *Salud Pública Mex* 2004;46(2):164-168. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n2/a10v46n2.pdf>
6. López-Carmona JM, Araiza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2003;45(4):259-268. Disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=79&IDPUBLICACION=1669>
7. World Health Organization. Questionnaire for Quality of Life WHOQOL-100; Geneva, Switzerland: WHO; 1995.
8. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex* 2002;44(5):448-463. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n5/14035.pdf>
9. Vázquez-Martínez JL, Gómez-Dantés H, Fernández-Cantón S. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44(1):13-26. Disponible en http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A343.pdf
10. Membreño-Mann JP, Zonana-Nacach A. Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad. *Rev Med IMSS* 2005;43(2):97-101. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im052b.pdf>
11. García G, Díaz R. Diabetes mellitus tipo 2: autoconcepto, evolución y complicaciones. *Desarrollo Científico Enferm* 2005;13(7):207-210.

12. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex* 2001;43(3):233-236. Disponible en http://insp.mx/rsp/_files/File/2001/v43n3/apego.pdf
13. Hernández-Ronquillo L, Téllez-Zenteno J, Garduño-Espinoza J, González-Acevez E. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mex* 2003;45(3):191-197. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sal033h.pdf>
14. Pujol A, Feijoo M, Moreno C, Sánchez A, Bernat E, Fons A. Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. *Enferm Clin* 2004;14(6):307-312.
15. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex* 2001;43(3):233-236. Disponible en http://insp.mx/rsp/_files/File/2001/v43n3/apego.pdf
16. Romero-Baquedano I, Jordán-Jinez ML. Apoyo de enfermería en el control de glucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Desarrollo Científ Enferm* 2005;13(4):114-119.
17. Brief PM, Wade MJ, Weinstock RS. A Prospective analysis of marital relationship factors and quality of life in diabetes. *Diabetes Care* 2002;25(7):1154-1158. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org/content/25/7/1154.full.pdf+html>
18. García-Peña M, Reyes-Morales H, Garduño-Espinosa J, Fajardo-Gutiérrez A, Martínez-García C. La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. *Rev Med IMSS* 1995;33(3):293-298.
19. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44(4):349-361. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2002/sal024i.pdf>
20. Meza-Guevara S, Cárdenas-Villareal V. Calidad de vida en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. *Desarrollo Científ Enferm* 2005;13(4):105-109.
21. Testa MA. Quality of life assessment in diabetes research: interpreting the magnitude and meaning of treatment effects. *Diabetes Spectrum* 2000;13:29-43. Disponible en <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n1/pg29.htm>
22. Maya LE. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Monografía en Internet]. Colombia: Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación; 2004. Disponible en <http://www.funlibre.org/documentos/lemayal.htm>
23. Bott U, Mühlhauser I, Overmann H, Berger M. Validation of a diabetes specific quality of life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1998;21(5):757-769. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org/content/21/5/757.long>
24. Burroughs T, Desikan R, Waterman B, Gilin D, McGill J. Development and validation of the diabetes quality of life brief Clinical inventory. *Diabetes Spectrum* 2004;17(1):41-49. Disponible en <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/17/1/41.full.pdf+html>
25. Wubben DP, Porterfield D. Health-related quality of life among North Carolina adults with diabetes mellitus. *N C Med J* 2005;66(3):179-185.
26. Lau CY, Qureshi AK, Scout SG. Association between glycemic control and quality of life in diabetes mellitus. *J Postgrad Med* 2004;50(3):189-193. Disponible en <http://www.jgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859;year=2004;volume=50;issue=3;spage=189;epage=194;aulast=Lau>
27. Visser CL, Bilo HJG, Groenier KH, de Visser W, Jong Meyboom-de B. The influence of cardiovascular disease on quality of life in type 2 diabetes. *Qual Life Res* 2002;11(3):249-261.
28. López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex* 2006;48(3):200-211. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n3/29735.pdf>
29. De los Ríos J, Sánchez J, Barrios S, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2004; 42(2):109-116. Disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=46&IDPUBLICACION=180>
30. Gómez-López V, Zúñiga-González E, García de León E, Couttolenc-López MI. Control de la diabetes mellitus tipo 2. El índice de hiperglucemia como indicador. *Rev Med Inst IMSS* 2002;40(4):281-284. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im024b.pdf>
31. Van Loon H, Deturck L, Buntinx F, Heyrman J, Degroote L, De Koker K, et al. Quality of life and effectiveness of diabetes care in three different setting in Leuven. *Fam Pract* 1999;17(2):167-172. Disponible en <http://fampra.oxfordjournals.org/content/17/2/167.long>
32. Watkins KW, Connell CM, Fitzgerald JT, Klem L, Hickey T, Ingersoll-Dayton B. Effect of adults self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes. *Diabetes Care* 2000;23(10): 1511-1515. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org/content/23/10/1511.long>
33. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, Carney RM, Clouse RE, de Groot M. Depresion and poor glycemic control. *Diabetes Care* 2000;23(7):934-942. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org/content/23/7/934.long>
34. Glasgow RE, Toobert DJ, Gillette CD. Psychosocial barriers to diabetes self- management and quality of life. *Diabetes Spectrum* 2001;14(1):33-41. Disponible en <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/14/1/33.full.pdf+html>
35. De Berardis G, Franciosi M, Belfiglio M, Di Nardo B, Greenfield S, Pellegrini F, et al. Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: a serious problem too often over-

- looked. *Diabetes Care* 2002;25(2):284-291. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org/content/25/2/284.long>
36. Méndez DM, Gómez VM, García ME, Pérez JH, Navarrete A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004;42(4):281-284. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044b.pdf>
37. De los Ríos JL, Barrios P, Ávila TL. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Rev Med IMSS* 2004;42(5):379-385. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im045c.pdf>
38. Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, depression and quality of life. *Diabetes Care* 2004;27(5):1066-1070. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1066.long>
39. Sato E, Suzukamo Y, Miyashita M, Kazuma K. Development of a diabetes diet-related quality-of-life scale. *Diabetes Care* 2004;27(6):1271-1275. Disponible en <http://care.diabetesjournals.org/content/27/6/1271.long>
40. Jurgens I. Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. *Rev Int Med Cienc Act Fis Deporte* 2006;6(22):62-74. Disponible en <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista22/artsalud20.pdf>