

Revista Médica del IMSS

Volumen **42**
Volume

Número **2**
Number

Marzo-Abril **2004**
March-April

Artículo:

Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*

José Lauro
de los Ríos Castillo,¹
Juan José
Sánchez Sosa,²
Pedro
Barrios Santiago,³
Verónica
Guerrero Sustaita⁴

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 representa en México un asunto de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen. El objetivo de la presente investigación fue determinar el impacto del deterioro de la calidad de vida en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Se realizó un estudio *expo facto* transversal en el cual se buscó identificar y tipificar las posibles peculiaridades funcionales de la enfermedad. Los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que acudían a la consulta externa de la Clínica-Hospital "Dr. Francisco Padrón Poyou" del IMSS, en San Luis Potosí, diagnosticados con DM2 por sus médicos tratantes. El deterioro de la calidad de vida se midió con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español. La variable dependiente fue la evaluación del índice de deterioro de la calidad de vida estimado a través de ESCAVIRS. Las variables independientes comprendieron el tiempo de evolución de la condición cronicodegenerativa de la DM2 de los pacientes seleccionados, así como algunos aspectos sociodemográficos. Los resultados revelaron que 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresiva y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.

SUMMARY

Type 2 diabetes mellitus represents a public health concern in Mexico. This illness has an impact as much physical as emotional; throughout the chronicity process, the process deteriorates quality of life in persons suffering from it. For this reason, the purpose of the present investigation was to determine the impact of deterioration of quality of life in a sample of patients with type 2 diabetes mellitus (DM2). We carried out an *expo-facto*, transverse-type study in which we attempted to identify and typify possible functional peculiarities. The patients participating in the study were 100 persons who came for out-patient consultation at a clinical hospital of the IMSS in the capital city of San Luis Potosí in Mexico who were diagnosed with DM-2 by their own physicians. Deterioration in quality of life was measured with Scale of Quality of Life Related with Health (ESCAVIRS) in its validated version and standardized Spanish. The dependent variable to consider was evaluation of index of deterioration of quality of life estimated by ESCAVIRS scale. The independent variable was understood as evolution time of chronic-degenerative condition of DM2 of selected patients, as well as certain sociodemographic aspects. Results revealed that 43 % of the studied sample dealt with some degree of deterioration in quality of life in evaluated areas included in the scale. Areas of interaction stand out with the health team, sexual dysfunction, and emotional and physical aspects, among others. Patients with > 5 years of evolution of DM2, low educational level, and > 50 years of age were at risk for deterioration. We conclude that degree of deterioration of quality of life in this type of patient with DM2 is progressive and is associated with the degenerative evolution of the illness.

¹Investigador,
Unidad de Posgrado
e Investigación
²Jefe del Departamento
de Psicología Preventiva,
Facultad de Psicología,
Universidad Nacional
Autónoma de México
³Diabetólogo
y jefe delegacional
de Educación Médica,
Instituto Mexicano
del Seguro Social,
Delegación
San Luis Potosí
⁴Investigador adjunto,
Unidad de Posgrado
e Investigación

Autores 1 y 4,
Facultad de Enfermería,
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

Comunicación con:
José Lauro
de los Ríos Castillo.
Dirección electrónica:
lauroser@prodigy.net.mx

Palabras clave

- ✓ calidad de vida
- ✓ diabetes mellitus tipo 2
- ✓ escala de calidad de vida

Key words

- ✓ quality of life
- ✓ type 2 diabetes mellitus
- ✓ health-related quality of life scale

*La presente investigación se realizó con el subsidio del Fondo a la Generación y Aplicación del Conocimiento PROMEP-UASLP-EXB-28, otorgado al primer autor. Así como con el Fondo de Apoyo a la Investigación (FAI) de la UASLP-CO1-FAI-5-1-42.

Introducción

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta del recién siglo pasado, en el sentido de una lenta disminución de los padecimientos infecciosos pero un crecimiento rápido de los cronicodegenerativos, ha generado nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud.¹

Los padecimientos cronicodegenerativos requieren especial atención, puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos; la gama de intervenciones profesionales oscila desde la prevención primaria y la promoción comunitaria de la salud hasta apoyar al paciente terminal para tener un final tranquilo y en paz.²

Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por los numerosos síntomas de la enfermedad, llevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen.

Con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad. Si bien la calidad de vida ha aumentado en algunos padecimientos como el cáncer, la leucemia, la cirrosis hepática o el Alzheimer, algunos estudios han demostrado que muchos sobrevivientes continúan bajo los efectos negativos del padecimiento o de su tratamiento.³⁻⁷

En México la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), clasificada dentro de las denominadas enfermedades cronicodegenerativas, es una de las principales causas de morbimortalidad asociada con el actual modelo económico y social, con serias repercusiones en el estilo de vida, cuyos indicadores se observan en la alimentación, el manejo del estrés y el sedentarismo, entre otros.⁸⁻¹⁰

En la última *Encuesta nacional de enfermedades crónicas* de la Secretaría de Salud,¹¹ se informó una prevalencia de 10.5 % en la población adulta. Adicionalmente, las estadísticas de los centros hospitalarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en relación con la DM2 indican que:

- Ocupa entre la segunda y tercera causa de los egresos hospitalarios.
- Es la tercera o cuarta causa de demanda en consulta externa.
- La mortalidad pasó del cuarto lugar en 1990 al tercero en el 2001.

Concomitantemente, el gasto originado por las complicaciones de la DM2 es tres veces superior al de su tratamiento y control, principalmente el ocasionado por la vasculopatía diabética.¹²

Cuadro I
Variables sociodemográficas de 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Variable	%	Desviación estándar	Media
Tiempo de evolución de la DM2 (años)		6.86	1.3
0 a 5	40		
6 a 10	22		
11 a 15	21		
16 a 20	10		
21 a 25	7		
Edad (años)		11.34	57.1
26 a 36	3		
37 a 42	10		
43 a 48	8		
49 a 54	20		
55 a 60	18		
61 a 66	18		
67 a 72	15		
73 a 78	8		
Estado civil		0.6	2.2
Soltero	3		
Casado	80		
Viudo	14		
Divorciado	1		
Separado	2		
Nivel educativo		2.69	4.2
Analfabeta	1		
Primaria incompleta	30		
Primaria completa	35		
Secundaria incompleta	1		
Secundaria completa	12		
Preparatoria incompleta	1		
Preparatoria completa	5		
Carrera técnica	15		
Ocupación		0.73	2.3
Empleado	18		
Labores del Hogar	49		
Obrero	9		
Pensionado	9		
Técnico	15		
Sexo		0.46	1.3
Femenino	70		
Masculino	30		

El nivel educativo bajo de los pacientes con DM2 se ha correlacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico.¹³⁻¹⁵ La aceptación de las exigencias médicas y de enfermería por parte de los pacientes diabéticos ha preocupado mucho a los profesionales de la salud y a investigadores de diversas disciplinas, pues el éxito o fracaso del tratamiento no sólo depende de la eficacia de los métodos sino de la forma como los pacientes siguen el tratamiento.

Diversas investigaciones han demostrado que dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales.¹⁶⁻¹⁸

Lo anterior repercute indudablemente en la calidad de vida de los pacientes con DM2.

De medular importancia es la generación de investigación sobre los componentes del deterioro de la calidad de vida de estos pacientes, para diseñar intervenciones viables y eficaces para su incidencia por parte del equipo de salud.

La *calidad de vida relacionada con la salud* es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente y cada grupo sobre diversos componentes de la salud.¹⁹ También se le ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de su vida.²⁰⁻²³ Adicionalmente, tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones en el ámbito sanitario. Por un lado, su uso constituye una medida centrada en el paciente, la cual mide la opinión de éste respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social. Por otro, se ha tomado como una de las variables finales para analizar la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones sanitario-asistenciales. Su medición incorpora valores, creencias, experiencias vitales previas, etcétera, hasta limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Se trata de una variable compleja con gran peso en el estado de salud de los pacientes.

Con base en lo anterior, la calidad de vida centrada en la salud ha permitido desarrollar dos líneas de investigación fundamentales:

- La evaluación del impacto de los programas de salud.
- La evaluación 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.²⁴

El tratamiento y control de la DM2 revelan un alto costo económico y social, sobre todo ocasionado por las complicaciones, lo que implica una pérdida de la salud. En el presente estudio la definición operacional de calidad de vida relacionada con la salud fue:

Valoración que realiza el paciente con DM2, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en el que se encuentra en un momento dado.

José Lauro de los Ríos
Castillo et al.
Calidad de vida
en pacientes con
diabetes mellitus

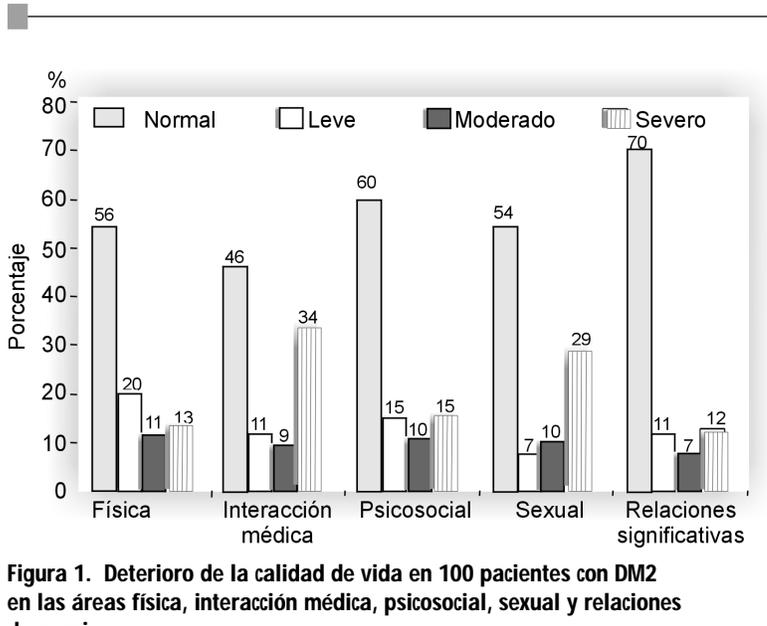


Figura 1. Deterioro de la calidad de vida en 100 pacientes con DM2 en las áreas física, interacción médica, psicosocial, sexual y relaciones de pareja

Como puede observarse, conocer el nivel de deterioro de la calidad de vida de los pacientes con DM2 permitirá planificar las intervenciones necesarias ante las necesidades identificadas y estar en condiciones de evaluar el impacto de las acciones tomadas.

En México existen pocos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud, y de los que existen se desconoce su confiabilidad y validez. Cuando cumplen las características anteriores, este tipo de instrumentos se emplean en estudios epidemiológicos para determinar el deterioro de la calidad de vida en diferentes padecimientos (cáncer, insuficiencia renal crónica, DM2, etcétera), en relación con las intervenciones médico-asistenciales realizadas. Ergo, el presente estudio supone una importante aportación a este ámbito.

Tomando en cuenta que en México no se han realizado estudios sobre esta problemática, se plantea la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables que midan el deterioro de la calidad de vida en los pacientes con DM2, utilizando la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS), en su versión validada, confiable y estandarizada al español.²⁵

El objetivo fundamental de este estudio fue determinar el impacto del deterioro de la calidad

de vida de los pacientes con DM2 que acuden a la consulta externa de la Clínica-Hospital "Dr. Francisco Padrón Poyou" del IMSS, en San Luis Potosí.

El conocimiento del grado de deterioro de la calidad de vida en estos pacientes permitirá la generación y evaluación de intervenciones preventivas y terapéuticas aplicables por parte de los profesionales del área de la salud.

Material y métodos

Se trató de un estudio *expo facto* transversal, en el cual una condición estaba presente de antemano. Se buscó identificar y tipificar sus posibles peculiaridades funcionales respecto a los valores escalares correspondientes.

En el estudio participaron 100 pacientes con DM2. La muestra se obtuvo estadísticamente a través de la siguiente fórmula:

$$N = n/1 + n/N$$

donde:

$$n = S^2/V^2$$

$$N = 348$$

$$n = 102.83$$

$$n \text{ ajustada} = 100$$

Se tomó en consideración la población que acudía a consulta externa del turno vespertino (348 pacientes). Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

Criterios de inclusión

- Diagnóstico de DM2 confirmado por el médico tratante.
- Más de seis meses de evolución de la enfermedad después del diagnóstico.
- Residencia en el área conurbana de la capital de San Luis Potosí.
- Edad entre 18 y 80 años de edad.
- Consentimiento informado asentado por escrito.

Criterios de exclusión

- No derechohabiente de la clínica-hospital.
- Diagnóstico de psicosis o retraso mental.
- Negativa a participar.

Cuadro II
Deterioro de la calidad de vida en 100 pacientes diabéticos tipo 2, determinado mediante análisis de varianza

Área	Deterioro	n	Media total	Desviación estándar	f	Significancia $p < 0.05^*$
Física	Sin deterioro	56	0.560	0.500	17.901	0.003
	Leve	20	0.200	0.400		
	Moderado	11	0.100	0.300		
	Severo	13	0.140	0.350		
Interacción con el equipo de salud	Sin deterioro	46	0.450	0.500	52.895	0.000
	Leve	11	0.110	0.310		
	Moderado	9	0.130	0.340		
	Severo	34	0.310	0.460		
Psicosocial	Sin deterioro	60	0.570	0.500	14.585	0.003
	Leve	15	0.190	0.390		
	Moderado	10	0.100	0.300		
	Severo	15	0.140	0.350		
Sexual	Sin deterioro	54	0.560	0.500	19.222	0.000
	Leve	7	0.060	0.240		
	Moderado	10	0.100	0.300		
	Severo	29	0.280	0.450		
Relación de pareja	Sin deterioro	70	0.700	0.460	4.943	0.036
	Leve	11	0.110	0.310		
	Moderado	7	0.070	0.260		
	Severo	12	0.120	0.330		

Variables

- *Variable dependiente:* evaluación del índice de deterioro de la calidad de vida, estimado a través de las cinco áreas de ESCAVIRS.
- *Variables independientes:* tiempo de evolución de la DM2, edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, escolaridad.

Instrumentos

La validez de ESCAVIRS se obtuvo mediante *t* de Student, con rotación varimax, manteniendo un poder discriminativo significativo a 0.05 en 140 reactivos agrupados en 31 factores que evaluaban la calidad de vida en las áreas física, interacción médica, psicosocial, sexual, de relaciones significativas/pareja. La consistencia interna se obtuvo mediante alpha de Cronbach, para la escala total y para cada una de sus dimensiones. Los valores encontrados fueron:

- Escala total = 0.9592
- Área física = 0.9149
- Área de interacción médica = 0.7713
- Área psicosocial = 0.9470
- Área sexual = 0.8248
- Área de relaciones significativas/pareja = 0.9608

El índice de deterioro se estimó en cuatro niveles ascendentes del uno al cuatro; el cuatro indicó el punto de mayor deterioro. Se utilizó un cuestionario para las variables tiempo de evolución de la condición crónica degenerativa de la DM2 y las sociodemográficas.

Tratamiento estadístico

Se utilizó estadística descriptiva de acuerdo con el nivel de medición de las variables. Los resultados se determinaron a través de un análisis de varianza (ANOVA) para evaluar las posibles diferencias en el índice de deterioro de la calidad de vida de los pacientes con DM2 en relación con el avance progresivo de la enfermedad. La asociación de variables se evaluó mediante χ^2 y la prueba exacta de Fisher. El nivel de significancia estadística para ambas pruebas se fijó en 0.05.

Procedimiento

Una vez identificada la muestra de 100 diabéticos tipo 2 de la consulta externa de medicina familiar, se les citó a una primera entrevista informativa. En ésta se les explicaron los propósitos generales del estudio y se les solicitó firmaran el consentimiento informado, con el aval de dos testigos. Durante la entrevista, respetando la disponibilidad y bienestar de los pacientes, se les aplicó ESCAVIRS. Las indicaciones proporcionadas al paciente fueron:

A continuación se le presentará una lista de enunciados que describen situaciones y experiencias de personas que tienen una enfermedad muy similar a la suya. Lea cada enunciado y marque el número que mejor describa su situación, teniendo en cuenta desde el mes pasado hasta el día de hoy. Algunas secciones no se aplicarán en su caso. Por favor salte esas secciones y continúe con la siguiente.

Resultados

En relación con las variables independientes, 70 % de los sujetos pertenecía al sexo femenino; 20 % tenía entre 49 y 54 años de edad; 80 % era casado; 49 % se dedicaba a las labores del hogar; 35 % tenía primaria completa; 49 % tenía ≥ 5 años de evolución con la diabetes mellitus (cuadro I).

En cuanto a los datos obtenidos en la variable dependiente, se realizaron los perfiles de cada una de las áreas que conforman ESCAVIRS.

En el *área física*, que comprende reactivos indicativos del estado de salud, la presencia de ciertos síntomas, las reacciones secundarias ante los medicamentos usados para tratar la DM2, y el grado de incapacidad para realizar actividades cotidianas, laborales y para disfrutar actividades recreativas, los datos mostraron que los pacientes mantenían un avance continuo del deterioro físico en relación con la cronicidad de la enfermedad, que fue desde leve a severo. Al comparar las diferencias por medio de ANOVA se encontró significancia estadística, $p < 0.003$ (figura 1).

En el *área de interacción médica*, donde se exploran las relaciones médico-paciente, enfermera-paciente y cómo contribuyen o interfieren en la efectividad del tratamiento y en la satisfacción de los pacientes con el trato y atención que les brin-

dan estos profesionales de la salud, en 46 % la interacción fue adecuada y en 34 % había deterioro severo, $p < 0.000$ (figura 1).

En el *área psicosocial*, integrada por reactivos que evalúan aspectos emocionales tales como ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, auto-concepto y algunos aspectos de interacción social, 60 % de los sujetos no mostró deterioro y en 15 % fue severo, $p < 0.003$ (figura 1).

Dentro del *área sexual* (interés sexual, disfunción sexual, habilidades para establecer nuevas relaciones de pareja), 54 % no presentó deterioro, a diferencia de 29 % con severo ($p < 0.000$), sobresaliendo en este último rubro la disfunción sexual (figura 1).

Cuadro III
Asociación entre índice de deterioro de la calidad de vida en pacientes con DM2, y el tiempo de evolución de la enfermedad y algunas variables sociodemográficas

Variable	χ^2	gl	*Significancia
1. Evolución de la enfermedad			
> 5 años	44.960	23	0.004
2. Edad mayor de 40 años	42.680	22	0.003
3. Estado civil casado	230.5	4	0.000
4. Nivel educativo < 6 años	117.98	8	0.000
5. Ocupación: labores del hogar	58.46	12	0.003

* $p < 0.05$

En cuanto al *área de relaciones significativas* (comunicación con la pareja, expresiones afectivas e interacción de pareja), 70 % de los sujetos no mostró deterioro a diferencia de 12 % con deterioro severo, $p < 0.036$ (figura 1).

El análisis de varianza (ANOVA) mostró que existían diferencias estadísticamente significativas en las áreas que evaluaban el deterioro de la calidad de vida de los pacientes en relación con el avance progresivo de la enfermedad (cuadro II). En la asociación de las variables dependiente e independientes se encontró que dichas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.000$) al relacionar el índice de deterioro de la calidad de vida con el tiempo de evolución de la condición cronicodegenerativa

de la DM2 de más de cinco años, el nivel educativo bajo y la edad mayor de 50 años, entre otros (cuadro III).

Discusión

El propósito de este estudio fue medir el nivel de deterioro de la calidad de vida de los pacientes con DM2 mediante ESCAVIRS. Los datos muestran un porcentaje importante de sujetos (43 %) con deterioro en la calidad de vida en las áreas evaluadas.

Los perfiles de la calidad de vida en las diferentes áreas muestran un proceso deletéreo gradual y progresivo en relación con el avance paulatino de la cronicidad de la enfermedad. Dentro de las áreas más afectadas sobresale la sexual, donde la disfunción y el interés sexual repercuten en el funcionamiento normal. Lo anterior evidencia neuropatía autonómica como consecuencia del descontrol metabólico que cursan los pacientes, principalmente los hombres. Concomitantemente, esta secuela incide en el deterioro de la relación de pareja y en el estado emocional, al no tener conocimiento de lo que le está pasando en su funcionamiento sexual, factores que contribuyen a disminuir la autoestima y aumentar el riesgo de depresión. Estos hallazgos concuerdan con los de Guerrero y De los Ríos,¹⁶ Baum,²⁶ Dunning,²⁷ Guirguís²⁸ y Morrison.²⁹

Por otro lado, en el área de la interacción médica el deterioro de la relación médico-paciente y enfermera-paciente sigue siendo un obstáculo para la efectividad del tratamiento, aunado a la deficiente atención y trato que se les brinda a los pacientes por parte del equipo de salud, con repercusiones en el fracaso en la adherencia al tratamiento y en la satisfacción de los pacientes.¹³

En el área física, la presencia de ciertos síntomas como calambres, entumecimiento de los pies, dolor, náuseas, pérdida de peso y piezas dentales, diarreas, entre otros, indica que el deterioro físico mantiene un avance continuo y progresivo que se manifiesta en la disminución de la capacidad funcional para realizar actividades laborales, familiares o la adaptación a las demandas impuestas en el entorno inmediato.

Respecto al área psicosocial, el deterioro se ve traducido en los aspectos emocionales tales como ansiedad, depresión, temores y preocu-

paciones, al presentar signos leves o agudos de importancia física o psicológica. Es importante destacar que la mayoría de los pacientes mostró gran ansiedad y estrés ante el avance de la enfermedad, manifestado por nuevos signos y síntomas, molestias físicas, pérdida de peso y reacciones secundarias a los medicamentos, lo cual les hacen pensar que el tratamiento no está funcionando adecuadamente.

En el área de relaciones significativas el deterioro de la calidad de vida de los pacientes se ve traducida en la falta de comunicación con la pareja. Saberse diabético sin duda conlleva a un impacto emocional en su relación. Los cambios físicos, emocionales y sexuales debidos a la disfunción y pérdida del interés sexual se convierten en factores de riesgo que influyen en el estado de la calidad de vida.

Por todas estas situaciones, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan signos leves o agudos en el deterioro de su calidad de vida. Las características sociodemográficas como el nivel educativo bajo, la edad mayor de 50 años y el tiempo de evolución de la enfermedad de más de cinco años, son factores de riesgo asociados. Los datos demuestran sistemáticamente en las diversas áreas evaluadas, que el grado de deterioro de la calidad de vida está relacionado con la evolución de la cronicidad de la diabetes, producto del descontrol metabólico y la falta de apego terapéutico.

Los resultados de este estudio concuerdan con los de González Villapando,⁸ Quibrera,⁹ Vásquez,¹⁰ Cairney y Wade,¹³ Haynes,¹⁴ Polly,¹⁵ De los Ríos y Guerrero,¹⁶ Garay y colaboradores,¹⁷ Rush,¹⁸ Ragonesi,³⁰ Whitty,³¹ Schiel y Muller,³² De Graw,³³ Shen y colaboradores,³⁴ Bradley,³⁵ Hanninen,³⁶ y Kohen,³⁷ en el sentido de que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 muestran un proceso gradual en el deterioro de su calidad de vida con tendencias relativamente uniformes a medida que avanza la enfermedad en relación con la cronicidad del padecimiento.

Adicionalmente a la recolección de datos, un número considerable de pacientes en la fase de la aplicación del instrumento ESCAVIRS, tuvo la oportunidad de manifestar sentimientos reprimidos relativos al trato recibido por el equipo de salud, sus temores y preocupaciones y los problemas con su pareja derivados de la disfunción sexual.

Se concluye que este estudio permite mostrar con una mejor dimensión los elementos que subyacen en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con DM2. Los resultados de este tipo de investigaciones revelan la importancia de los factores psicosociales en el manejo y control de la enfermedad. Consideramos conveniente integrar la atención de forma interdisciplinaria por parte de enfermeras, médicos y psicólogos de la salud, para instrumentar programas preventivos que incidan en el deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes.

El instrumento ESCAVIRS-DM2 permite un acercamiento integral a los pacientes con DM2 desde una perspectiva holística en relación con su sintomatología y complicaciones. Es un cuestionario diseñado explícitamente en la consulta, su tiempo de administración es corto, de fácil manejo e interpretación, y su desarrollo y validación son rigurosos y completos. Puede ayudar al personal de salud en la toma de decisiones sobre posibles cambios en el tratamiento, para priorizar y valorar el bienestar y la percepción del paciente sobre su estado de salud.

Agradecimientos

Por las facilidades otorgadas en la realización de esta primera fase de la investigación, al doctor Juan Javier Illán Torres, director del Hospital General de Zona 2 con Unidad de Medicina Familiar del IMSS, San Luis Potosí; y al doctor Saúl Rivera Aguilar, jefe de Enseñanza e Investigación del mismo hospital. Nuestra gratitud a los pacientes que participaron, por su colaboración.

Referencias

1. Rodríguez OG, Rojas RM. La psicología de la salud en América Latina. México: Miguel Ángel Porrúa; 1998. p. 13-32.
2. Sánchez-Sosa JJ. Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz intervención-investigación en psicología de la salud. En: Rodríguez G, Rojas M, compiladores. La psicología de la salud en América Latina. México: Miguel Ángel Porrúa; 1998. p. 33-44.
3. Kuopio AM, et al. The quality of life in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2000;15(2):216-223.
4. Korczyn AD, Davidson M. Quality of life. *Eur J Gynaecol Oncol* 1999;17(1):5-6.

5. Heinrich RL, et al. Living with cancer: the cancer inventory of problem situations. *J Clin Psychol* 1984; 40:972-980.
6. Fawzy FI, Fawzy NW. Group therapy in the cancer setting. *Psychother Res* 1998;45(3):191-200.
7. Lara MC, Ponce-de-León S, De-la-Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin* 1995;47(4):315-327.
8. González-Villapando C. Prevalencia de diabetes e insuficiencia a la glucosa en una población urbana de nivel socioeconómico bajo. *Rev Invest Clin* 1992; 44:321-328.
9. Quibrera IR. Prevalencia de diabetes, intolerancia a la glucosa y factores de riesgo en función del nivel socioeconómico. *Rev Invest Clin* 1994;46:25-36.
10. Vásquez RM. Prevalencia de diabetes mellitus no insulino dependiente y factores de riesgo asociados en una población de México, D.F. *Gac Med Mex* 1993;129(3):191-199.
11. Secretaría de Salud. Encuesta nacional de enfermedades crónicas. México: SSA; 2002.
12. Guerrero RJ, Rodríguez MM. Complicaciones relacionadas con la mortalidad por la diabetes mellitus: un análisis de mortalidad por causa múltiple. *Med Interna Mex* 1997;13(6):263-267.
13. Cairney J, Wade TJ. Correlates of body weight in the 1994 National Population Health Survey. *Inter J Metabolic Dis* 1998;22(6):584-591.
14. Haynes LC. Barriers to regimen adherence among persons with no insulin dependent diabetes. *J Behav Med* 1996;9:1.
15. Polly KR. The relationship between health beliefs, adherence, and metabol control of diabetes. *Public Health Rep* 1994.
16. De-los-Ríos CL, Guerrero-Sustaita V. Depression in the patients with DM2 and diabetic nephropathy. *Desarrollo Científico de Enfermería* 2003;5:136-140.
17. Garay SM, et al. Perceived psychosocial stress in diabetes mellitus type 2. *Rev Invest Clin* 2000;50(4): 287-291.
18. Rush LL. Affective rations to multiple social stigmas. *J Soc Psychol* 1998;138(4):421-430.
19. Levil L, Anderson L. Psychosocial stress: population, environment and quality of life. New York: SP Books Division of Spectrum Publications, Inc./UNAM México; 1975 (para practicantes de trabajo social).
20. Andersen RM, Davidson PL, Ganz PA. Symbiotic relationships of quality of life, health services and others health research. *Qual Life Res* 1994;3:365-371.
21. Fount A. Valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer, Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España, 1998.
22. Ringdal GI, Ringdal K, et al. Quality of life of cancer patients with different prognoses. *Qual Life Res* 1994;3:143-154.
23. Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. En: Grau JA, editor. *Calidad de vida: problemas en su investigación*. Cuba; 1992.
24. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patients outcomes. *JAMA* 1995;273:59-65.
25. González-Puente JA, Sánchez-Sosa JJ. Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *Int J Clin Health Psychol* 2001;1(3):519-528.
26. Baum N. Evaluation and treatment of organic impotent in the male diabetes mellitus. *Diabetes Educator* 1998;14:123-129.
27. Dunning P. Sexuality and woman with diabetes mellitus. *Patient Educ Counsel* 1993;21(1-2):5-14.
28. Guirquis W. Impotent in diabetes: facts and fictions. *Diabet Med* 1992;9:286-296.
29. Morrison H. Diabetic impotence. *Nurs Times* 1998; 84:35-37.
30. Ragonesi PD, et al. The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. *Arch Gerontol Geriatr* 1998;Suppl 6:417-422.
31. Whitty P, Steen N, et al. A new self-completion outcome measure for diabetes: Is it responsive to change? *Qual Life Res* 1997;6(5):407-413.
32. Schiel R, Muller UA. Intensive or conventional therapy in type 2 diabetic patients? A population-based study on metabolic control and quality of life. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 1999;107(8):506-511.
33. De Graw WJ, et al. The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Fam Pract* 1999;16(2):133-139.
34. Shen W, et al. Development and validation of the diabetes quality of life clinical trial questionnaire. *Med Care* 1999;37(4):45-66.
35. Bradley C, et al. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes mellitus on quality of life: the ADDQoL. *Qual Life Res* 1999;8(1-2):79-91.
36. Hanninen J, et al. Quality of life in NIDDM patients with the SF-20 questionnaire. *Diabetes Res Clin Pract* 1998;42(1):17-27.
37. Kohen D. The role of anxiety and depression in quality of life and symptom reporting in people with diabetes mellitus. *Qual Life Res* 1998;7(3): 197-204. [\[tm\]](#)