

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Calidad de Vida de Pacientes Diabéticos Tipo 2

Estudio transversal-descriptivo en 214 pacientes que consultan al Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2001

MARIO ROBERTO BRAN GARCIA

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2001

ÍNDICE

<u>I. INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
IV. OBJETIVOS	7
<u>V. MARCO TEÓRICO</u>	<u>8</u>
VI. MATERIALES Y MÉTODOS	28
VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	33
VIII. CONCLUSIONES	41
IX. RECOMENDACIONES	42
X. RESUMEN	43
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
XII. ANEXOS	46

I. INTRODUCCIÓN

Durante el siglo pasado, los países de las América sufrieron grandes cambios sociales, demográficos y epidemiológicos que han llevado a un aumento de la incidencia y prevalencia de varias enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer, y la diabetes. En lo que respecta a la diabetes, se calcula que en las América hay hoy en día alrededor de 30 millones de personas que padecen la enfermedad, de las cuales 45% o 13 millones son habitantes de América Latina y el Caribe.

La diabetes mellitus es una pandemia en aumento, y no distingue edad o nivel socioeconómico por lo que los profesionales de la salud deben evaluar a los pacientes psicológica y sociológicamente y no sólo desde el punto de vista médico. Después de dicha evaluación deben orientar su educación individualmente, partiendo de los conocimientos existentes y las necesidades expresas. Así se podrá llevar a cabo, organizadamente, el aprendizaje que permitirá al diabético asumir el control de su trastorno.

Evaluar dichas áreas, muchas veces ignoradas por los médicos, proveerá una visión integral de lo que le está sucediendo al paciente, no sólo como un enfermo físicamente, sino cómo ésta afección produce cambios drásticos en sus vidas y en el desempeño de las mismas. La calidad de vida del paciente, es un aspecto que debe ser evaluado, toda vez se encuentre bajo tratamiento, y principalmente si se trata de enfermos crónicos como en el caso de la diabetes.

El Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, es una institución no lucrativa orientada a detectar tempranamente la Diabetes Mellitus y dar tratamiento médico a aquellos diabéticos de escasos recursos de la población de Guatemala. El Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, es el único centro exclusivo de atención al paciente diabético. En este último se realizó la evaluación de calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo II.

La evaluación de la calidad de vida, se llevó a cabo a través del instrumento SF-36, el cuál es un documento tipo cuestionario que hace mediciones cualitativas de las diferentes esferas que componen la calidad de vida de una persona.

Los resultados demuestran que la mayoría de la población estudiada, posee buena calidad de vida, sin predominio en sexo ni diferencias en cuanto a edades ni tiempo de tener la enfermedad. A pesar de la carga emocional que conlleva el diagnóstico de diabetes, con educación y una actitud positiva, ésta no tendría porqué tener consecuencias negativas en ninguna esfera de la vida de los pacientes, pudiendo estos realizar todas las demandas de la vida diaria.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Durante años, la enseñanza médica se ha orientado sobre todo al diagnóstico y tratamiento rápido de cuadros agudos y subagudos, y en ésta situación, los médicos hacen evaluaciones iniciales de tipo médico, con escasa participación del enfermo, hasta la curación de la enfermedad. Lamentablemente ello trae como resultado una preparación poco útil para la asistencia y el tratamiento de las enfermedades crónicas, y su vigilancia a largo plazo, como es en el caso de la diabetes.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta la capacidad del cuerpo para producir o responder a la insulina, una hormona que permite que la glucosa (azúcar en sangre) entre en las células del cuerpo para producir energía, dando como resultado el aumento de la concentración de glucosa en sangre (hiperglucemia). Esta excesiva glucosa acaba por dañar a muchos órganos del cuerpo; especialmente los vasos sanguíneos y los nervios. Así mismo, la hiperglucemia es responsable por casi todos los síntomas de la diabetes, y como consecuencia del curso de la enfermedad, que avanza prácticamente sin corrección, en la mayor parte de los afectados, se están presentando casos de enfermedad renal crónica, ceguera, y amputación en forma creciente, siendo estas las tres principales causas registradas del deterioro en la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

La diabetes, especialmente cuando está mal controlada, puede representar una pesada carga emocional para el individuo y su familia, ya que la mayoría de las repercusiones negativas son provenientes de sus complicaciones. Estas complicaciones son extraordinariamente caras para el diabético; tanto física y psicológica como económicamente, mismas que a menudo es posible reducir, aplazar, o en ciertos casos prevenir, por lo que los pacientes diabéticos se ven sometidos a muchas restricciones y tratamientos que conllevan un régimen disciplinario sumamente estricto que trastorna sus vidas. Estos pacientes presentan una serie de cambios en su salud física, emocional y psíquica, así como a nivel de relaciones interpersonales, medio ambiente y su grado de independencia.

Esta enfermedad además del costo individual y familiar, también tiene un elevado costo social, y al igual que la mayoría de los problemas de salud, las repercusiones de la diabetes y las exigencias peculiares de la enfermedad “auto tratada” que acompañan al paciente durante toda su vida, no afectan de la misma manera a los diversos grupos que componen nuestras sociedades, por lo que el tratamiento debe ser individualizado.

El tratamiento de la diabetes persigue conseguir una expectativa de vida igual a la de un individuo normal, así como prevenir las complicaciones, y para llevar a cabo dicha tarea, muchos facultativos tratan de dirigir el comportamiento diario de la persona en cuanto a aspectos importantes como son la alimentación, las actividades físicas y otras tareas que forman parte de la vida del diabético. Las actividades corrientes diarias también influyen en el trastorno y control de la glicemia, y por ello, el diabético debe saber la forma de adaptar el tratamiento de su enfermedad a su estilo de vida, para que así lleve una vida plena, sin restricciones ni detrimento para su salud, a corto o a largo plazo. Estas modificaciones en definitiva, cambian su actuar y el modo de ver la vida, aspectos que en conjunto conforman la calidad de vida del paciente y que se relacionan con la dignidad del mismo.

Durante la década pasada, uno de los más importantes logros en el campo de la salud, fue el reconocimiento del punto de vista del paciente en el logro de los objetivos terapéuticos, y como éstos últimos llenaban sus expectativas y necesidades. Este sentimiento fue bien expresado en la literatura médica tempranamente en este siglo. Cerca de 40 años atrás, Lembcke escribió:

La mejor medición de calidad no es qué tan bien o qué tan frecuente se da un servicio médico, sino qué tan cerca los resultados se acercan a los objetivos fundamentales de prolongar la vida, aliviar la angustia, restaurar la función, y prevenir la discapacidad.

Más recientemente, éstos objetivos fueron apoyados por aquellos que argumentaban que la meta del cuidado y tratamiento médicos para la mayoría de los pacientes era el logro de una vida más efectiva y la preservación de la calidad de la misma.

Los médicos pueden aprender a ser expertos en la asistencia del diabético, pero solo los pacientes pueden serlo en la tarea de gobernar su propia vida, por lo que la atención y la enseñanza del diabético exigen un nuevo criterio en este sentido, es decir, un enfoque que reconozca la participación singular y las responsabilidades del paciente en el tratamiento diario de su enfermedad, para lograr un mayor grado de auto cuidado y de calidad de vida.

III. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La diabetes es la enfermedad endocrina más frecuente en todo el mundo; siendo una enfermedad grave, crónica e incurable, y que ocupa el primer lugar como causa de ceguera, amputaciones no traumáticas, insuficiencia renal crónica e impotencia. La frecuencia de ataques cardíacos y de accidentes cerebrovasculares es el triple en diabéticos que en la población no diabética.

La diabetes conlleva al deterioro sistémico de quien la padece, y los cambios que en ellos se producen modifican en un grado u otro su calidad de vida, así como sus relaciones familiares y sociales, siendo una transición y adaptación dolorosa que influye necesariamente en el actuar y desempeño de los pacientes.

Se subestima la repercusión de la diabetes sobre las sociedades y las personas y la preparación que muchos médicos reciben, les hace considerar la diabetes como una enfermedad en la que todo lo que se necesita es controlar los niveles de glucosa sanguínea. Sin embargo, la atención de la diabetes está intercalada en la trama social, emocional, cultural, psicológica y demográfica que es la vida del enfermo y por ello, la experiencia en el control de la glucosa sanguínea es solo un elemento necesario para el autocuidado de la enfermedad.

La vigilancia de individuos con enfermedades crónicas significa que el médico también debe tener preparación suficiente para ocuparse de los aspectos psicológicos del enfermo y la integración que muestra con su familia y la sociedad, ya que una de las principales dificultades del médico para suministrar con mayor eficiencia atención al diabético reside en integrar la dimensión biomédica de la enfermedad a sus necesidades psicosociales. También se ha advertido que la presión cronológica en las tareas diarias del médico deja muy poco tiempo para que los pacientes describan sus preocupaciones y las dificultades con que se topan en la realización de sus tratamientos, teniendo como consecuencia frustraciones en sus expectativas y en el logro de objetivos, traducándose esto en una mayor carga emocional, que deteriora poco a poco el estado anímico y la calidad de vida del paciente.

Después de la aplicación de insulina, que sirve como un medio de reposición fisiológica de la hormona deficiente, quizás la atención psicosocial constituya la parte más importante del tratamiento de la diabetes, ya que ésta última no solo acorta la vida productiva, sino que tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y la de su familia.

Debido a que son enormes las exigencias impuestas al diabético en el renglón de cambios en su estilo de vida y hábitos personales, se crea entonces la necesidad de evaluar los cambios que en el paciente se producen al realizar el diagnóstico e instaurar el tratamiento, cambios que no sólo son físicos, sino emocionales, sociales, psíquicos y todos aquellos que de una forma u otra conforman la vida y entorno del paciente.

El conocimiento de los cambios en los diabéticos y su repercusión en su calidad de vida se hace necesario no sólo como parte de un aspecto médico que necesita evaluar la funcionalidad y éxito terapéutico, sino también se hace necesario como parte de la ética del profesional que asiste a los diabéticos. De aquí, la importancia y valor trascendental del presente estudio, de tipo descriptivo-transversal, en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que asisten a control al Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala.

IV. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la calidad de vida de pacientes diabéticos tipo 2, que consultan al Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, en los meses julio, agosto y septiembre del año 2001.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A los pacientes diabéticos tipo II, evaluarles:

- 1) Función física.
- 2) Presencia de limitaciones en las actividades de la vida diaria, debidas a problemas de salud física o emocional.
- 3) Existencia de dolor corporal.
- 4) Percepción de la salud en general.
- 5) Vitalidad.
- 6) Función social.
- 7) Salud mental.

V. MARCO TEÓRICO

A. CALIDAD DE VIDA

1. Definición

A la “calidad de vida” se le puede dar un número de interpretaciones más o menos amplias, según lo que abarquen los factores evaluativos con respecto a la vida de una persona, que se consideren incluidos en ella. La medicina y el cuidado de la salud con frecuencia afectan la vida de una persona sólo en áreas o aspectos limitados. A pesar de lo anterior, lo que aquí interesa es el concepto amplio de, en palabras de Derek Parfit, “lo que hace que una vida sea mejor”. (18)

La dificultad de definición del término proviene de una serie de características inherentes al propio concepto: Es un concepto elusivo y abstracto, complejo, indirectamente medible, que admite múltiples orientaciones y de las que se dan, por tanto, distintas definiciones. (22)

La Real Academia Española ha definido este término como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.

La Organización Mundial de la Salud, a través de su grupo de trabajo en calidad de vida ha establecido la siguiente definición: “Es la percepción 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, valores e intereses”. (27)

La calidad de vida es un estado actual, que implica la valoración de un sujeto de su historia personal y de sus expectativas de vida. De la definición de la OMS se desprende la multidimensionalidad del concepto, de tal forma que la calidad de vida de un individuo abarcaría el estado funcional, psicológico, social, los efectos secundarios del tratamiento, soporte moral, y relación con el entorno. Esta multidimensionalidad del fenómeno de calidad de vida tiene su base en el término “vida”. Existe consenso en considerar que la vida comprende múltiples facetas; se refiere a un conjunto complejo que hay que tener en cuenta a la hora de definir y medir la calidad de vida. La literatura especializada refleja este consenso básico:

La noción de calidad de vida comprende todos los aspectos de las condiciones de vida de los individuos, es decir, todas sus necesidades y la medida en la que se satisfacen [UNESCO, 1979a:100].

El estudio de la calidad de vida remite a todas las esferas en que se desarrolla la vida cotidiana de los individuos [MOPU, 1979:35].

La calidad de vida es un concepto inclusivo, que cubre todos los aspectos de la vida, tal y como son experimentados por los individuos. Comprende tanto la satisfacción material de las necesidades como los aspectos de la vida relacionados con el desarrollo personal, la autorrealización y un ecosistema equilibrado. [Solomon y otros, 1980:224]. (22, 27)

Para gozar de una buena calidad de vida, el ser humano debe estar en primer lugar sano: de cuerpo, de mente y de espíritu. Como a su vez vive en sociedad y dentro de un medio ambiente determinado, esto debería estar vinculado a la ecología, y en particular, a la ecología humana. La clave es tratar todo aquello que nos permita “estar bien”, a diferencia de todo aquello, necesario y complementario, que nos hace “sentir bien”. (16)

Dada la multiplicidad de aspectos de la vida, se reconoce la necesidad de explicitar sus componentes, aunque no es universal el tipo de dimensiones reconocidas. Estas pueden incluir la vida mental, social, material...; la vida individual o la vida societal... A veces, en la misma definición de calidad de vida se hace referencia, con mayor o menor concreción, a los componentes que incluye, establecidos por el propio investigador.

La calidad de vida se refiere a las prioridades/valores de la gente y a su satisfacción/insatisfacción con áreas concretas de la vida; trabajo, vida familiar, ocio, etc. Y con la vida en general así como a los cambios que se producen en esos niveles [Bruce Headey, 1983:56].

Levy y Anderson (1980:6-7) delimitan el concepto en la definición que proporcionan. Por calidad de vida “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros. (22)

El grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado, a través de un estudio universal, los 10 factores que más influyen en el nivel global de calidad de vida de un individuo. Estos 10 factores son:

- Sentimientos positivos
- Actividades de la vida diaria
- Energía y fatiga
- Sentimientos negativos
- Capacidad de trabajo
- Autoestima
- Actividades de ocio
- Relaciones personales
- Dolor y discomfort
- Sueño y descanso. (27)

2. Medición de la Calidad de vida

Las características de abstracción y multidimensionalidad son las que hacen de la calidad de vida una noción que no puede ser medida directamente.

Son los componentes los que dan contenido a la calidad de vida. Se miden las áreas de la vida. Aún así, los componentes mismos poseen, a su vez, facetas distintas, subáreas o subcomponentes de los cuales es necesario ofrecer una panorámica cuando se pretende plasmar la calidad de vida. Las áreas y subáreas necesitan ser explicitadas claramente, la mayor parte de las veces mediante varias medidas. Las medidas que se utilizan para reflejar la calidad de vida se denominan cada vez con mas asiduidad <Indicadores de Calidad de Vida>. Tales indicadores son, por supuesto, indicadores sociales porque tratan de caracterizar el bienestar de los grupos o categorías de gente. Los indicadores sociales son los instrumentos que, finalmente, se utilizan para proporcionar una visión, que en su conjunto, muestre la calidad de vida.

Los indicadores de Calidad de Vida – explica Szalai – son una nueva clase de indicadores sociales que se basan, tanto en hechos objetivamente observables y en las condiciones de vida en sociedad, como en las percepciones y juicios subjetivos de la propia gente respecto de su vida y sus circunstancias concretas [Szalai, 1980:16]. (22)

Por tal motivo, y teniendo en cuenta que la evaluación de los resultados del cuidado médico desde el punto de vista del paciente iría en aumento, y que los beneficios de tratamientos específicos y del sistema de salud en general serían medidos en términos más amplios, en los cuáles los cambios en el funcionamiento habitual o en el bienestar del paciente llenaban sus necesidades y expectativas, y no solamente el control o ausencia de la enfermedad, John E. Ware, Jr., Ph.D. conjuntamente con un grupo de investigadores, crearon el ERM (Estudio de Resultados Médicos), basados en un modelo multidimensional de indicadores sociales de salud. El cuestionario del ERM, contemplaba 40 indicadores de salud física y mental, y era mejor comprendido que otros análogos. Este proveía la oportunidad a cuestionarios de larga escala, la factibilidad de cuestionarios de auto-administración a los pacientes y escalas de salud genéricas para aquellos que sufrían condiciones crónicas, incluyendo los ancianos.

Sin embargo, el interés sobre formas cortas para medición de calidad de salud, se hizo necesario cuando durante un estudio, algunos participantes se rehusaron a completar un cuestionario largo. Consecuentemente, muchas de éstas escalas cortas se desarrollaron, y fueron usados con mucho éxito, por lo que haciendo énfasis en el desarrollo y validación de formas cortas de cuestionarios de medición de salud y calidad de vida limitados a los conceptos más importantes de salud general, y las mediciones más eficientes de esos conceptos, se creó el SF-36, utilizando los cuestionarios de investigación largos como punto de partida en el desarrollo del mismo.

El SF-36 fué construido para lograr los requerimientos mínimos de precisión necesarios entre grupos de comparación, en ocho áreas conceptuales. También fue construido para producir un perfil de punteos que sería de utilidad para entender las diferencias en los estados de salud física y mental de la población, la percepción de calidad de vida y salud de pacientes con enfermedades crónicas y otras condiciones médicas, y el efecto de los tratamientos en el estado de salud y vida en general.

El SF-36 intentaba lograr una disminución en el tiempo para responder el cuestionario sin sacrificar la precisión en la medición debajo de un nivel crítico. Esta reducción fue lograda al construir escalas con ítems más eficientes. El SF-36 es práctico porque es más corto, y puede ser auto-administrado a la mayoría de los entrevistados. (26)

Las nuevas oportunidades de hoy en día para la medición del estado de salud rutinariamente, demandan el mejor compromiso entre la elegancia psicométrica tradicionalmente definida y los nuevos estándares de factibilidad, practicabilidad y precisión.

a. Descripción del SF-36

El SF-36 es referido como una medición genérica debido a que contempla conceptos de salud que representan valores básicos humanos que son relevantes para el estado funcional y bienestar de todas las personas. Dichas mediciones son llamadas genéricas no solo porque son valoradas universalmente sino también porque no son específicas para edad, enfermedad ó tratamiento. Las medidas de salud genéricas contemplan los resultados de la relación salud-calidad de vida, es decir, aquellos que son afectados más directamente por la enfermedad y tratamiento.

El SF-36 Medición de Salud fué construido para representar ocho de los conceptos más importantes de salud, incluidos en el ERM (Estudio de Resultados Médicos) y otros instrumentos de medición de salud ampliamente usados. El SF-36 incluye una escala de múltiples items que miden cada uno de los ocho conceptos de salud:

- (1) funcionamiento físico
- (2) limitaciones en el desempeño diario secundarias a problemas de salud física
- (3) dolor corporal
- (4) salud general
- (5) vitalidad (energía/fatiga)
- (6) funcionamiento social
- (7) limitaciones en el desempeño diario debidas a problemas emocionales
- (8) salud mental (aflicción psicológica y bienestar psicológico). (26)

El instrumento toma importancia relevante en la percepción del individuo, y provee una vista propia del bienestar del individuo y su perspectiva respecto a la enfermedad. Por ejemplo, que la diabetes incluye una regulación anormal de la glucosa es bien estudiado y comprendido, pero el efecto de la enfermedad en la percepción que los individuos tienen de sus relaciones sociales y su capacidad de trabajo, se desconoce.

B. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO

1. Generalidades

La calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades crónicas de cualquier índole, es afectada por la enfermedad en si, por los cambios emocionales y psicológicos que presentan los pacientes, por la discapacidad que en un momento dado pueden llegar a presentar y por los recursos que deberán utilizar.

Se ha identificado una progresión de emociones que se inicia con el diagnóstico de una enfermedad crónica. Casi todas las personas muestran conmoción, incredulidad, pena, depresión y duelo por la pérdida de la integridad corporal (o todos estos elementos juntos). Es posible que también el diabético recién diagnosticado sienta ira y quizá culpa de la forma en que se produjo el trastorno, y la angustia de afrontar los cambios y asumir nuevas consideraciones vitales por la diabetes es enorme. Muchos enfermos están atónitos en éste punto e incluso con miedo a la enfermedad y sus consecuencias, en particular los que necesitan insulina y los que tienen alteraciones funcionales y corporales. En estos casos es difícil que asimilen hechos, por lo que es necesario darles la oportunidad de exteriorizar sus temores.

No existe un patrón constante de sentimientos, y el diabético puede experimentar simultáneamente varios de ellos. (23,25)

La diabetes también debilita la imagen que de sí misma tiene la persona, y la hace sentirse inferior a las demás, y si el trastorno debilita la autoestima muy gravemente, los individuos recurren a una serie de mecanismos de defensa para protegerse, situación nacida de su sentido de inferioridad. La protección comentada puede asumir la forma de retraso en la intervención directa de su “enfermedad aceptada” por una serie de etapas psicológicas conocidas como proceso de aceptación de la enfermedad, o “duelo”. (10)

2. Fases de Progresión psicológica:

La progresión psicológica en cuestión atraviesa por cinco fases en las que hay una enorme variación en la capacidad del paciente para escuchar y atender. Las fases mencionadas incluyen:

- Negación de la realidad (*no es verdad, yo no estoy enfermo*)
- Rebeldía (*¿Porque precisamente a mí me ha ocurrido?*)
- Regateo (*Bien, acepto que tengo que inyectarme insulina, pero solo una vez al día...*)
- Depresión esperanzada (*me percató que estoy enfermo y que necesito tratamiento, pero: ¿realmente podré afrontar este problema y rebasarlo?*): en esta fase de “descompresión” emocional, la persona muestra enorme interés por aprender acerca de su enfermedad, que no siempre es satisfecho por el personal asistencial.
- Aceptación: el paciente es receptivo, escucha con atención, practica con diligencia las medidas terapéuticas, y acepta sugerencias y correcciones. (10)

La aceptación por cualquier persona de una enfermedad crónica que obliga a un cambio de estilo de vida es siempre compleja, sobre todo en el caso de la diabetes, ya que los pacientes suelen saber que ésta enfermedad se asocia con complicaciones tardías y reduce tanto la esperanza como la calidad de vida de los que la padecen. (13)

Un estudio realizado en el valle de San Luis, USA, entre 1986 y 1989 en el que se investigó la relación existente entre calidad de vida y la DMNID (diabetes mellitus no insulino-dependiente), demostró que las personas con diabetes califican su calidad de vida más baja que las personas sin diabetes, y que entre los pacientes diabéticos, aquellos sin complicaciones diabéticas, calificaron su calidad de vida más alta que los pacientes con 1 o más complicaciones. (8)

3. Morbilidad y Mortalidad

La morbilidad y mortalidad debidas a la diabetes pueden ser devastadoras, por tanto, éstos pacientes requieren un tratamiento efectivo de la hiperglucemia. (24)

La hiperglicemia persistente es la característica de todas las formas de la diabetes y el tratamiento que se dirige a disminuir la glucosa sanguínea hasta o cerca del nivel normal en todos los pacientes es ordenado por los siguientes beneficios que fueron probados:

- El peligro de descompensación aguda debido a cetoacidosis diabética o síndrome hiperglicémico hiperosmolar no cetósico, con su morbilidad y mortalidad acompañantes, es marcadamente reducido.
- Los síntomas de visión borrosa son aliviados, y el riesgo de poliuria, polidipsia, fatiga, pérdida de peso con polifagia, vaginitis o balanitis, pueden ser disminuidos.
- El riesgo del desarrollo o progresión de retinopatía, nefropatía, y neuropatía diabética, son todos grandemente disminuidos.

4. Orientación del tratamiento

Las personas con diabetes deberían recibir su tratamiento y cuidado de un equipo coordinado de médicos. Dicho equipo debería incluir entre otros a médicos, enfermeras, dietistas y profesionales de la salud mental con experiencia e intereses especiales en diabetes, pero no limitarse solamente a éstos. (2)

La diabetes mellitus se diferencia de casi todas las demás enfermedades crónicas en que su tratamiento eficaz obliga a la participación activa y constante del enfermo, y el grado de aceptación de la enfermedad puede interferir o facilitar el conocimiento y el cumplimiento de un tratamiento por parte del enfermo. La voluntad de un individuo para cumplir las recomendaciones y consejos del médico depende de la apreciación personal que él tenga de su enfermedad y tratamiento.

Para aceptar el cumplimiento de un régimen terapéutico o de medidas preventivas, se necesita que el individuo acepte tácitamente cuatro conceptos que los sociólogos han integrado en el llamado modelo de “convicción” asistencial. Según el modelo, los individuos se comprometerán activamente a cumplir su terapia o estarán dispuestos en la mejor forma a aprender las habilidades teórico-prácticas precisas para la automedicación seriada de su glicemia, sólo cuando:

- Estén en peligro de sufrir las complicaciones de la diabetes (coma hipoglucémico o complicaciones a largo plazo como ceguera o gangrena);
- Las complicaciones constituyan una amenaza grave para su persona;
- La complicación pueda quedar bajo control o ser curada;
- El costo psicológico, social y monetario del tratamiento sea menor que su beneficio. (10,23)

El tratamiento ideal de un individuo afecto de diabetes mellitus trata de conseguir la ausencia de sintomatología atribuible a la diabetes, prevenir complicaciones, prevenir la aparición de enfermedades relacionadas con las alteraciones micro-macro vasculares, y todas éstas para mejorar la calidad de vida en relación a las nuevas condiciones de salud, y así, lograr una expectativa de vida igual a la de un individuo no diabético. (6,15,21)

Un estudio en 559 pacientes diabéticos en los que se investigó la asociación entre calidad de vida y niveles sanguíneos de glucosa, demostró que la mayoría de los beneficios en la calidad de vida de los pacientes, fueron debidos al descenso de los síntomas de hiperglicemia y esto, dicen los investigadores, no puede ser atribuido solamente al conocimiento por parte del paciente de sus niveles glicémicos. (14)

5. Tratamiento

El tratamiento debe individualizarse de acuerdo con el estado físico, características, prioridades, recursos y necesidades socioculturales del enfermo, por lo que no resulta extraño que la respuesta emocional a la diabetes obstaculice con frecuencia el tratamiento.

Las medidas terapéuticas son:

- a) tratamiento no farmacológico
- b) tratamiento farmacológico
- c) educación (13,20,21)

a) Tratamiento no farmacológico:

Este comprende tres aspectos básicos que son: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

La dietoterapia es el elemento fundamental del tratamiento de la diabetes, pero los cambios en la alimentación constituyen la tarea más difícil para el enfermo. La evaluación inicial de la dieta y la alimentación es un proceso lento pero de máxima importancia, y hay que exponer en detalle los conceptos y las circunstancias que modifican la selección de alimentos que hace la persona, como también los factores económicos, y hábitos culturales y religiosos que influyen en la preferencia de los alimentos, para así adaptar los consejos sobre la dieta en particular, a las necesidades de cada individuo.

Como líneas generales se establece que éste será personalizado, fraccionado y adaptado a las condiciones de vida del paciente.

Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etc.), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica, disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen, etc. (21,23)

El ejercicio regular es especialmente importante para las personas con diabetes. Se considera como ejercicio, toda actividad física que produzca un mayor consumo de calorías y una modificación de los hábitos y conductas por el beneficio físico y psíquico que ello produce. El ejercicio mejora la salud en general, aumenta los niveles de energía, disminuye la tensión y mejora la habilidad para manejar el estrés.

Muchas personas, incluidos los ancianos, piensan que la senectud equivale a disminución de la capacidad física, pero ello no obligadamente ocurre así. El metabolismo basal (el índice del consumo de oxígeno por el organismo), según señalaron algunos estudios, disminuía en promedio 10% por cada diez años después de los 50 años, pero los investigadores ahora afirman que puede aminorar en realidad solo 1% por decenio.

Por todos los conceptos, es indispensable que el diabético no este totalmente inactivo.

“La actividad física es uno de los factores más importantes relacionados a la calidad de vida” refiere el Dr. Russell Glasgow, PhD, del Instituto de investigación de Oregon, en Eugene, Oregon. “Necesitamos desarrollar maneras para apoyar y estimular niveles regulares y moderados de actividad física en la población entera”. (3,9,11,21)

El hábito tabáquico constituye una condición desfavorable para todos los individuos, pero en mayor medida para el paciente diabético, por lo que debe suprimirse. El alcoholismo, la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo potencialmente modificables. (21)

La medición diaria de la glucosa sanguínea, el cumplimiento de un régimen dietético, y el ejercicio físico regular son actividades que posiblemente cambien en grado importante la vida diaria del paciente. (10)

Un estudio que examinó la calidad de vida entre pacientes diabéticos, encontró que la mayoría de sujetos sienten que la diabetes ha afectado sus vidas en formas negativas, sin embargo, algunos también encontraron impactos positivos tales como mejores relaciones personales, una alimentación más nutritiva, y volverse físicamente más activos o vivir un estilo de vida más saludable. (8)

b) Tratamiento farmacológico:

En el tratamiento farmacológico del paciente diabético se cuenta con dos tipos de medicamentos: hipoglucemiantes orales e insulina.

Sólo se debe utilizar el tratamiento farmacológico cuando la dieta, el ejercicio y la educación han fracasado en la obtención de los objetivos terapéuticos individuales, pero una vez más, habrá que adaptar las medidas asistenciales a las necesidades del paciente, por lo que el médico debe considerar otras variables como es la edad del paciente, ocupación, hábitos dietéticos, comorbilidad, factores socioculturales, costo, y facilidades al alcance del paciente.

Se debe revisar periódicamente la dosis del medicamento, la respuesta del paciente y su conveniencia. (9,24)

Un estudio entre pacientes diabéticos tipo 2, pudo demostrar que los pacientes que no utilizaban insulina, percibían una mejor calidad de vida que los pacientes que si la utilizaban. (3)

c) Educación:

La educación es parte integral del tratamiento del diabético. Hace unos 70 años, EP Joslin señaló que: “Saber poco es peligroso. El diabético que sabe más es quien vive más tiempo”.

Todo paciente tiene el derecho a recibir educación diabetológica y a participar en el proceso educativo basado en una información adaptada a la capacidad y circunstancia del paciente. Es de máxima importancia para que éste sea capaz de controlar satisfactoriamente su enfermedad, y así proporcionarle una vida plena y activa. (21,23)

En casi todas las enfermedades no se necesita enseñar al paciente, y si se requiere tal acción, nunca es con tanto detalle ni en forma tan completa como en la diabetes. Los diabetólogos expertos y los prestadores de servicios de salud reconocen que la educación es uno de los elementos más importantes del tratamiento de la diabetes; sin embargo el problema fundamental es que la educación del diabético es considerada una tarea superflua y de escaso prestigio. Por ésta razón, suele ser insuficiente e inadecuada.

Evaluaciones críticas realizadas en diferentes centros de atención de diabetes indican que los pacientes en la asistencia y tratamiento de su enfermedad poseen un bajo nivel de conocimientos y la capacidad y conducta son deficientes. La mayoría comete errores al administrarse la insulina, y no cumple las prescripciones dietéticas; la higiene y el cuidado de sus pies son inadecuados, y otros cometen los errores señalados a pesar de que demuestran poseer conocimientos, capacidades o conductas precisas y correctas en un entorno cerrado y protegido como el hospital, o el medio ambulatorio. Para complicar la situación, muchos diabéticos no están conscientes de que necesitan ser enseñados, y tampoco consideran esencial dicha tarea.

Para que los enfermos aprecien la importancia de la educación en diabetes, en primer lugar tienen que experimentar la, y captar la diferencia que esta ha proporcionado en sus vidas. (1,4,10,12,17)

Por ignorancia e indiferencia muchas personas mueren a causa de diabetes no diagnosticada o por falta de insulina. Por desconocer la naturaleza verdadera de ésta enfermedad, los diabéticos se convierten en víctimas de discriminación social. Por ignorancia también, los diabéticos sufren innecesariamente las complicaciones de su enfermedad, y mueren prematuramente.

Es necesario educar a todas las personas respecto a la diabetes, porque el costo de la ignorancia es muy alto. La educación es el medio para disminuir el costo de la ignorancia, que repercute negativamente en la calidad de vida del paciente, no sólo en beneficio de los diabéticos, sino de la sociedad en su totalidad. (19)

La consideración fundamental y más importante de todas en el proceso de educación, es la relación que se establece entre el educador y el diabético, por tanto, antes de educar es necesario establecer una comunicación satisfactoria con el paciente para que sea eficaz la enseñanza.

Sin duda alguna, el diagnóstico educativo y la evaluación inicial del diabético constituyen los elementos básicos para establecer una relación de confianza entre el personal de enseñanza y la persona interesada. El diagnóstico del nivel educativo y la evaluación inicial de la persona facilitan el conocimiento de su nivel de enseñanza, las ideas, circunstancias sociales y económicas de la familia, así como el estado general de la salud y el cuadro diabético.

Nivel de ansiedad o angustia: Si es muy grande, estrechará la percepción e interferirá en el aprendizaje.

Nivel de educación: Hay que evaluar la capacidad general de aprendizaje del diabético y su “lapso de atención” (fijación en la memoria); si se trata de un anciano, también se necesita saber el nivel de educación formal, o si al menos sabe leer.

Personas que viven solas: Es necesario saber si los diabéticos pueden hacer sus compras por sí mismos y cocinar sus alimentos. Si la persona es anciana y necesita insulina, se necesita saber si tiene la suficiente memoria para administrársela a la hora precisa y hacer las mediciones exactas de la dosis.

Con gran frecuencia el anciano, y en particular el que vive sólo, tiende a aislarse y sus únicos visitantes son el cartero, el mensajero de la tienda, o quizás la enfermera de la comunidad. Esta vida solitaria puede ocasionar autocomplacencia, apatía y depresión. La persona, al perder interés por su estado físico quizás descuide su dieta, su higiene personal, o su insulino terapia.

Participación de la familia: Es necesario conocer si la persona puede recibir auxilio de sus familiares en el hogar si fuera necesario. La diabetes es un asunto familiar, particularmente si el diagnóstico de diabetes se hace en un niño.

Nivel económico: Nivel de pobreza o superior. La falta de dinero también puede alterar el estilo de vida del diabético, y a veces se ve obligado a escoger entre pagar la renta, o comprar los alimentos apropiados. La pobreza puede ser un factor constante en la vida del diabético, y es necesario afrontarla ya que interviene en todos los aspectos de la vida diaria.

La pobreza pone en peligro la seguridad, el consumo de alimentos nutritivos adecuados y en cantidad suficiente, el uso de medicamentos en dosis adecuadas y en horarios regulares. Siempre hay un motivo de preocupación.

Orígenes étnicos: Ideas sobre la diabetes nacidas en una cultura en particular. En algunas sociedades se considera al diabético como una persona que ha perdido parte de su ser. Desde hace mucho tiempo, algunos grupos étnicos han aceptado la idea de que los enfermos son ciudadanos de “segunda clase” y que no tienen un nivel intelectual alto; ello se traduce en poca autoestima y pérdida de la identidad personal.

Estado ocupacional: Edad, horas laborales, puestos fijos o trabajos por turnos, tipo de labores: trabajo de oficina o manual; horas de tomar alimentos. Es importante preguntarse si el diabético planea sus comidas a horas regulares, o consume alimentos “sobre la marcha”.

Demostración de las capacidades necesarias para el control de la diabetes: El educador debe conocer las capacidades del diabético, que deben ser las suficientes para identificar las tareas por realizar y las necesarias para realizar estas últimas.

La senectud merma la capacidad de obedecer las ordenes terapéuticas y de otro tipo, como serían administración de medicamentos, práctica de ejercicios y regímenes de medición seriada de la glucemia. Es necesario que el personal asistencial sepa la forma en que la vejez ocasiona incumplimiento de los regímenes terapéuticos contra la diabetes, los peligros especiales que la enfermedad impone al anciano, y otros problemas particulares de la senectud.

Habrà que evaluar a la persona para conocer el nivel actual de “auto asistencia” y la posibilidad de acrecentamiento o desarrollo futuros.

La revisión inicial obliga a evaluar a cada persona en forma individual. Es un método para identificar las necesidades físicas, sociales o emocionales, el grado de capacidad de afrontamiento, y en particular su capacidad de aprendizaje y aceptación de cambios en su estilo de vida. Si la persona no ha tenido tiempo para admitir el diagnóstico y aceptar y entender la necesidad de modificaciones en su estilo de vida, será enormemente difícil el aprendizaje. (9,23,25)

Es importante también evaluar el estado psíquico del diabético e identificar los conocimientos o ideas que tenga respecto a su enfermedad, ya que el peso que tienen las ideas sobre la propia enfermedad resulta trascendental. La evaluación inicial constituye una oportunidad para que el educador escuche las ideas, preocupaciones, frustraciones y actitudes del diabético que pueden interferir en su enseñanza.

Entre las preocupaciones típicas están:

- Que su enfermedad se debe a alimentos “inadecuados” o equivocados que consumió, y que por ello Dios lo castigó;
- Que alguna persona les deseó un mal y que acaeció finalmente;
- Que “contrajeron la enfermedad” cuando atendieron a una mujer diabética;
- Que perdieron la vista y las piernas, igual que ocurrió con su abuela diabética;
- Que la diabetes es una enfermedad incurable y que están demasiado enfermos y nunca se reincorporarán a su trabajo.

Es indispensable disipar ideas erróneas y supersticiones y sustituirlas con conocimientos sólidos y seguridad emocional. Con la actitud correcta e idónea, los auxiliarán a afrontar y aceptar con mayor rapidez su enfermedad.

Los prestadores de servicio asistenciales también deben observar con toda precisión y agudeza la evolución psicológica del diabético durante su enfermedad, ya que en estudios previos, la depresión; la cuál está en teoría relacionada a la calidad de vida, y síntomas depresivos, fueron encontrados con mayor prevalencia entre los sujetos con diabetes recién diagnosticada. Uno de estos estudios concluyó que los síntomas depresivos en personas con DMNID parecieron ser el resultado del estrés psico-social asociado al aumento de la edad, pobre salud física, y la etiqueta de la enfermedad. (8,10,23,25)

Una vez desaparecidas la situación aguda inicial y las perturbaciones emocionales, se necesitan explicaciones más detalladas de la naturaleza de la enfermedad, sus causas posibles, su carácter crónico, y la necesidad del control adecuado de la glucosa sanguínea, a corto y a largo plazo. Además, se debe dar algunas explicaciones sobre las complicaciones de los tejidos o partes del cuerpo, a largo plazo, en una forma real pero sensible y optimista, y destacar que es posible evitarlas por medio de asistencia y control adecuados. (23)

La evaluación inicial constituye una base a partir de la cual los diabéticos pueden planear modificaciones para que logren mejores ajustes y adaptaciones a su estado y a su enfermedad, ya que no es práctico esperar que una persona haga modificaciones radicales en sus actividades, sin tener conocimiento profundo de las razones para emprenderlas.

Se necesita evaluar con enorme cuidado las “costumbres” de la persona, para que así se intercalen en ellas las modificaciones necesarias para la asistencia de la diabetes en la trama familiar de su vida diaria, sin desquiciar sus fundamentos. Habrá que explicarle la necesidad de los cambios, pero se necesita ser flexible en este sentido. (9,23,25)

Cada diabético es un caso especial, con necesidades y capacidades de aprendizaje diferentes, de manera que la enseñanza debe adaptarse a cada persona, en la medida de lo posible. Al considerar lo que ocurre con los niños, los adolescentes, los adultos jóvenes y los de mayor edad, los padres y los ancianos, se advierte que cada grupo representa un periodo distinto de la vida. Cada uno posee sus características peculiares, y las personas que lo viven tienen experiencias y esperanzas adquiridas distintas, así como responsabilidades familiares y profesionales. Estas “etapas” de la vida ejercen una influencia profunda en la motivación de la persona y en su capacidad general para aprender, y en el hecho de que adquieran o no la capacidad o pericia necesaria para aceptar y tratar su enfermedad en particular. (10,23)

Un estudio acerca de la calidad de vida en pacientes diabéticos en el que se preguntaron aspectos como función física, psicológica y social, así como sus costumbres alimenticias y hábitos dietéticos, medicinas tomadas y control de glicemia, demostró que en promedio los hombres tienen una mejor calidad de vida que las mujeres, y que los jóvenes obtuvieron mejores resultados que los ancianos. Otras características relacionadas a una mejor calidad de vida fueron una mejor educación, un mejor salario, mayor actividad física, menos complicaciones y un menor tiempo de tener la enfermedad. Desafortunadamente, muchos de estos factores asociados a una mejor calidad de vida, son inmodificables (su edad y sexo) o difíciles de cambiar (salario, escolaridad, y plan de seguro), pero las buenas noticias son que también existen factores fácilmente modificables, como son los malos hábitos y el sedentarismo y que todos pueden volverse físicamente más activos, por lo que hay que insistir en los beneficios que se logran mediante ejercicios regulares, comidas sanas, conservar el peso corporal ideal y dejar de fumar, en particular en lo que se refiere al individuo con diabetes. (3,23)

En la fase educativa intensiva o inmediata, habrá que plantear razonablemente los aspectos básicos de la aplicación de insulina, la dieta, y las pruebas en orina/sangre. Esta fase incluye la participación decidida del personal clínico, y es de máxima importancia tomar en consideración los conceptos y hábitos culturales, así también, insistir en aspectos como educación, dieta, ejercicios, medición de la glucosa sanguínea por el propio paciente, y ajuste de las dosis de los medicamentos según los niveles de glucemia para así adaptar los consejos y la orientación específicamente a las necesidades, hábitos y estilo de vida de cada persona.

La atención de la diabetes no es exclusiva del médico, y en ella intervienen otros profesionales de la salud así como el propio paciente y sus familiares, por lo que todo lo anterior debe realizarse con la participación plena y decidida del diabético y su familia.

Es necesario que el diabético sepa que no sólo tiene derecho a asistencia médica de buena calidad, sino que él también tiene responsabilidades, y desde el comienzo hay que dejar sentado claramente que es responsabilidad de la propia persona cuidar de su enfermedad. La premisa básica que sustenta el criterio de delegar responsabilidades al enfermo es brindar asistencia que satisfaga las nuevas necesidades y condiciones de vida de los diabéticos y al mismo tiempo, respetar sus derechos y responsabilidades fundamentales para hacer las decisiones definitivas en su propia atención diaria y así mejorar su calidad de vida. (7,11,20,21,23,25)

La preparación para el auto-cuidado también ayuda a las personas con diabetes tipo 2 ajustar sus regímenes diarios para mejorar el control glicémico.

La educación para el auto-manejo de la diabetes es el proceso de proveer a la persona diabética con el conocimiento y las habilidades para ejecutar los fundamentos del auto-cuidado día a día. La educación en el auto-manejo enseña a la persona con diabetes a establecer una relación entre terapia médica nutricional, nivel de actividad, estado emocional y físico, y medicaciones, y entonces responder apropiadamente y continuamente a esos factores para lograr y mantener un control óptimo de glicemia.

Hoy en día, la educación para el auto-manejo es una parte crítica del plan médico para personas con diabetes, tanto así que el tratamiento médico de la diabetes sin educación sistemática para el auto-manejo puede ser considerada como subestándar y unético.

Numerosos estudios han demostrado que la educación para el auto-manejo conlleva a la reducción de los costos asociados con todos los tipos de diabetes. Los participantes en los programas de educación para el auto-manejo han sido encontrados que tienen índices de amputaciones de miembros inferiores disminuidos, costos médicos disminuidos y menos visitas a las salas de emergencias. (5)

La enseñanza del diabético, y el aprendizaje, permitirán al diabético asumir el control de su trastorno, mejorar el control metabólico, disminuir el número de hospitalizaciones por su enfermedad, y también aminorar la frecuencia de complicaciones tisulares, particularmente problemas en los pies. Con educación adecuada, los diabéticos ya diagnosticados podrían evitar hasta el 80% de las complicaciones de la enfermedad. (19,23)

Un estudio realizado por la Dra. Leona Miller en el Hospital del Condado de Los Angeles en 1972 demostró la forma en que la educación eficiente del diabético permitía controlar los episodios agudos del trastorno. Gracias a la educación de los pacientes en dicho hospital pudo observarse una disminución de 80% en los ataques graves de hipoglicemia, y en el número de comas hiperglicémicos de origen diabético. En lo referente a las complicaciones a largo plazo, también se identificó una disminución aproximada de 80% en las consultas de urgencia extrema para problemas de los pies.

Desde esas fechas, algunas investigaciones realizadas más bien en los Estados Unidos, Canadá y Europa, han demostrado que la enseñanza del enfermo tiene trascendencia enorme en el control metabólico, así como en las complicaciones a largo plazo.

Aún en las comunidades más pobres, si se da la atención debida a los pies por medio de la educación del paciente, se podría mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos. (10,19)

La asistencia y el tratamiento de la diabetes también involucran a familia y amigos, de tal manera que muchos diabéticos desean que un pariente o un amigo cercano los acompañe a las sesiones de educación. Apoyo, estímulo y motivación son también factores muy importantes y necesarios en el tratamiento de la diabetes. Aplicados oportunamente, conllevan a un logro de objetivos más tempranamente.

Los elementos fundamentales de la atención de los diabéticos deben incluir regulación estricta de la glucosa sanguínea; educación sobre la enfermedad; participación del enfermo en la atención y cuidado de su enfermedad, así como contacto regular y apoyo de parte del personal médico que atiende a los diabéticos. Son de vital importancia la vigilancia periódica adecuada y la educación continua, para así conservar el control adecuado de la diabetes. (20)

La meta del cuidado médico para las personas con diabetes es optimizar el control de la glicemia y minimizar las complicaciones. El Ensayo de Control y Complicaciones Diabéticas (ECCD) demostró que el tratamiento que mantiene los niveles de glucosa sanguínea cerca de lo normal en la diabetes tipo 1 retrasa la aparición y reduce la progresión de complicaciones micro-vasculares. Es razonable por lo tanto inferir que un control glicémico óptimo también puede beneficiar a la mayoría de individuos con diabetes tipo 2. (5)

Los resultados del Estudio de Kumamoto en pacientes con diabetes tipo 2 fueron similares a los del (ECCD): un control estricto de los niveles de glucemia, retrasa el comienzo y progresión de las complicaciones diabéticas como la retinopatía en un 69%, y la nefropatía en un 70%. (24)

El control adecuado de la diabetes disminuye los costos hospitalarios y el de la farmacoterapia, evita o disminuye las complicaciones graves de la enfermedad, prolonga la vida y mejora su calidad. (20,23)

En un estudio realizado por el Dr. K.D.Hopkins en el cuál se investigaron los efectos de la glicemia en la calidad de vida, síntomas de estrés (angustia, pena, aflicción) e indicadores de salud-economía de los diabéticos, se demostraron mejorías significativas en tres escalas de funcionamiento cognitivo (dificultad de concentración, inhabilidad para pensar claramente, y dificultad en la memoria), así como menos síntomas de estrés y una mejor percepción de su salud en los pacientes con controles glicemicos mejorados. Menor ausentismo laboral (perdiendo mas de medio día de trabajo), mejor retención de empleo, y una mejor capacidad productiva fueron también reportados. (14)

Con la enseñanza, se busca que el diabético conozca su trastorno y que logre y conserve un control adecuado de su enfermedad, sin deteriorar su calidad de vida (en el mejor de los casos, mejorándola). (23)

La vida de un ser humano es un proceso psicosocial dinámico y en cambio constante, y por lo común los médicos, los enfermeros y los dietistas no han adquirido las capacidades adecuadas y necesarias para auxiliar a los pacientes a cambiar su conducta, y en este sentido, se vuelve indispensable la colaboración con los psicólogos.

El cambio en la conducta es un proceso dinámico que necesita tiempo para producirse y su culminación positiva es consecuencia del compromiso “compartido” entre el enfermo y los integrantes del personal de salud. (10)

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

A. MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio:

Observacional- Descriptivo- Transversal

2. Sujeto de estudio:

Personas diabéticas tipo 2, de cualquier sexo y edad, que asisten al Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala.

3. Población:

La investigación se realizó en una muestra de 214 pacientes diabéticos tipo 2 (107 masculinos y 107 femeninos) bajo control en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala que desearon cooperar con la investigación.

4. Muestreo:

El tamaño de la muestra se obtuvo a partir de la población total inscrita aproximada en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala que son 20,000 pacientes, utilizando la fórmula: (*)

$$N = Z (P (1-P)) / d = 1.96 (0.1 (1-0.1)) / 0.05 = 214$$

con un nivel de confianza del 95% el tamaño de la muestra son 214 pacientes.

(*) Kish & Leslie, Survey Sampling, John Wiley & Sons, NY 1965.

5. Criterios de Inclusión:

Todos aquellos pacientes diabéticos tipo 2 que se encontraban bajo control en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala.

6. Criterios de Exclusión:

Pacientes diabéticos tipo 1, y pacientes que no desearon cooperar o que su situación física o mental se los impidiera.

7. Definición de las variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
<i>Salud física</i>	Estado de completo bienestar del cuerpo	En el estudio se evalúa la energía, fatiga, dolor e incomodidad, el sueño y descanso, movilidad, actividades de la vida diaria, y capacidad de trabajo que presente el paciente.	Ordinal	Cualitativa
<i>Estado psicológico</i>	Situación actual de la actividad mental	Evalúa sentimientos positivos y negativos, autoestima, pensamientos.	Ordinal	Cualitativa
<i>Interacción social</i>	Relación que el paciente tiene con la sociedad, con su familia y con su pareja	Evalúa tanto relaciones interpersonales como participación en actividades recreativas.	Ordinal	Cualitativa
<i>Edad</i>	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Número de años que refiere tener la persona entrevistada	Ordinal	Cuantitativa Años
<i>Sexo</i>	Constitución orgánica que distingue macho y hembra	Rasgos y características observadas por el entrevistador	Nominal	Cualitativa Masculino Femenino
<i>Tiempo de diagnóstico de diabetes</i>	Tiempo durante el cuál una persona ha padecido la diabetes desde el día de su diagnóstico confirmado	Tiempo referido por el entrevistado de padecer la diabetes	Ordinal	Cuantitativa Años

8. Ejecución de la investigación:

Se evaluó la calidad de vida de cada paciente en forma individual. Debido a que ciertas preguntas daban lugar a confusión, se realizó la completación del cuestionario en forma de entrevista dirigida. Los pacientes entrevistados fueron escogidos según los criterios de inclusión y exclusión, al llegar al Patronato de Pacientes Diabéticos a control.

Para el análisis de datos, se dividieron los pacientes según sexo, edad y tiempo de tener diabetes.

Se formaron tres grupos etáreos; el primero, de pacientes de 45 años o menores, el segundo, de pacientes de 46 a 60 años y el tercero, de pacientes de 61 años o más.

Al clasificarlos por tiempo de padecer diabetes, el primer grupo fueron pacientes de 0 a 5 años de padecer diabetes, el segundo con 6 a 10 años, el tercer grupo con 11 a 15 años, el cuarto grupo con 16 a 20 años y el quinto grupo fueron pacientes que tenían más de 20 años de diagnóstico.

Al obtener todos los datos necesarios, se procedió a relacionar las variables.

9. Descripción del instrumento de recolección de datos:

La calidad de vida fue medida a través del cuestionario SF-36. Este evaluó ocho conceptos de salud, que se incluyen en las áreas de salud física, salud mental, e interacción social, descritas en las variables, y uno de transición. Estos fueron:

Salud General: 5 preguntas

Función física: 10 preguntas

Rol físico: 4 preguntas

Dolor corporal: 2 preguntas

Vitalidad: 4 preguntas

Salud Mental: 5 preguntas

Rol Emocional: 3 preguntas

Función social: 2 preguntas

Transición: 1 pregunta

Se le asignó al cuestionario, una calificación máxima de 145 puntos y una mínima de 35 puntos.

Al primer concepto se le otorgó una puntuación máxima de 25 puntos y una mínima de 5, al segundo una máxima de 30 y una mínima de 10, al tercer concepto una máxima de 8 y una mínima de 4, al dolor corporal se le asignó una máxima de 12 y una mínima de 2 puntos, al quinto concepto se le dio una máxima de 24 y una mínima de 4, al sexto una máxima de 30 y una mínima de 5 puntos, al séptimo una máxima de 6 y una mínima de 3, y al octavo y último concepto se le otorgó una puntuación máxima de 10 puntos y una mínima de 2 puntos. El concepto de transición no fue tomado en cuenta ya que no tenía utilidad para los propósitos del estudio.

La calificación obtenida fue interpretada de la siguiente manera:

35-55	pésima calidad de vida
56-70	muy mala calidad de vida
71-85	mala calidad de vida
86-100	regular calidad de vida
101-115	buena calidad de vida
116-130	muy buena calidad de vida
131-145	excelente calidad de vida

Al considerar cuantos intervalos de clase se iban a utilizar para clasificar la calidad de vida, se utilizó la *regla de Sturges*, dando como resultado 7 intervalos. La amplitud de los intervalos se decidió dividiendo el recorrido (la diferencia entre la observación más pequeña y más grande en el conjunto de datos) entre el número de intervalos, y modificándose a conveniencia.

Por otra parte, se consideraron calidad de vida satisfactorias las tres últimas (buena, muy buena y excelente) y como insatisfactorias las cuatro primeras (pésima, muy mala, mala y regular).

9. Presentación de resultados:

Se utilizó la estadística descriptiva, presentándolos con cuadros.

10. Aspectos Éticos:

Previo a entregar el cuestionario a los pacientes voluntarios, se les dió información completa acerca del propósito del estudio y de la importancia del mismo, pidiéndoles su anuencia para participar, la cuál quedó constatada al llenar y firmar la boleta de recolección de datos generales adjunta a dicho cuestionario. Los datos obtenidos se manejaron en forma confidencial y los resultados del estudio se darán a conocer según criterio del director del patronato.

11. Análisis Estadístico:

Los resultados obtenidos se trabajaron en porcentajes y frecuencias, y se buscó significancia estadística (χ^2) entre variables y género.

B. RECURSO

1. Humanos:

Pacientes
Estudiante
Asesor de tesis
Revisor de tesis
Docente investigador

2. Materiales:

Papelería
Cuestionarios
Computadora

3. Económicos:

Papelería	Q 20.00
Impresión de cuestionarios	Q 250.00
Tinta impresora	Q 370.00
Impresión de tesis	Q 1000.00
Total	Q 1640.00

VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La población de estudio estuvo constituida por 215 pacientes diabéticos tipo 2, sin complicaciones diabéticas y sin tratamientos con insulina. De los 215 pacientes entrevistados, 105 pacientes fueron de sexo masculino (49%), y 110 pacientes pertenecían al sexo femenino (51%)

Según las edades, del total de pacientes, 34 pacientes tenían 45 años o menos (16%), 12 hombres y 22 mujeres; 113 pacientes estaban entre las edades de 46 y 60 años (52%), 57 hombres y 56 mujeres; y 68 pacientes tenían 61 años o más (32%) 36 hombres y 32 mujeres. (*cuadro # 1*)

Del total de pacientes estudiados, 105 pacientes (49%) tenían de 1 a 5 años de padecer diabetes mellitus, 51 hombres y 54 mujeres; 59 pacientes (27%) tenían de 6 a 10 años de padecer la enfermedad, 29 hombres y 30 mujeres; 37 pacientes (17%) tenían de 11 a 15 años de padecer diabetes, 22 hombres y 15 mujeres; 12 pacientes (6%) tenían de 16 a 20 años de padecer diabetes, 2 hombres y 10 mujeres; y 2 pacientes (1%) tenían más de 20 años de padecer de la enfermedad, 1 hombre y 1 mujer. (*cuadro # 2*)

Del total de pacientes entrevistados, 23 pacientes (11%) calificaron su calidad de vida como excelente, 17 hombres y 6 mujeres; 65 pacientes (30%) la calificaron como muy buena, 36 hombres y 29 mujeres; 57 pacientes (27%) calificaron su calidad de vida como buena, de éstos 31 hombres y 26 mujeres; 39 pacientes (18%) calificaron su calidad de vida como regular, 14 hombres y 25 mujeres; 24 pacientes (11%) calificaron su calidad de vida como mala, 4 hombres y 20 mujeres; 6 pacientes (3%) calificaron su calidad de vida como muy mala, 3 hombres y 3 mujeres; y por último 1 paciente calificó su calidad de vida como pésima, y fue una mujer. (*cuadro # 3*)

De los 34 pacientes que tenían 45 años o menos 3 (9%) calificaron su calidad de vida como excelente, 14 (41%) como muy buena, 9 (26%) de buena, 7 (20%) la calificaron de regular, y 1(3%) de mala.

De los 113 pacientes que estaban entre las edades de 46 y 60 años 16 (14%) calificaron su calidad de vida como excelente, 33 (29%) de muy buena, 27 (24%) como buena, 18 (16%) de regular, 16 (14%) de mala, 2 (2%) como muy mala, y 1 (1%) como pésima.

De los 68 pacientes que tenían 61 años o más, 4 (6%) calificaron su calidad de vida como excelente, 18 (26%) de muy buena, 21(31%) como buena, 14 (21%) de regular, 7 (10%) de mala, y 4 (6%) la calificaron de muy mala. (*cuadro # 4*)

De los 105 pacientes que tenían entre 1 y 5 años de padecer la enfermedad, 14 (13%) calificaron su calidad de vida como excelente, 34 (32%) la calificaron de muy buena, 31 (30%) la calificaron de buena, 17(16%) como regular, 6 (6%) de mala, 2 (2%) de muy mala y una paciente (1%) la calificó de pésima.

De 59 pacientes que tenían entre 6 y 10 años de padecerla, 7 (12%) calificaron su vida como excelente, 17(29%) la calificaron de muy buena, 13 (22%) como buena, 11 (19%) de regular, 9 (15%) la calificaron de mala, y 2(3%) pacientes la calificaron de muy mala.

De los 37 pacientes que tenían de 11 a 15 años de padecerla, y 2 (5%) pacientes calificaron su calidad de vida como excelente, 11(30%) de muy buena, 10 (27%) la calificaron como buena, 7 (19%) como regular, 6 (16%) como mala y una paciente(3%) la calificó como muy mala.

De los 12 pacientes que tenían de 16 a 20 años de tener la enfermedad, 2 (17%) calificaron su vida como muy buena, 2 (17%) la calificaron de buena, 4 (33%) la calificaron de regular, 3 (25%) de mala y 1 (8%) la calificó de muy mala.

Solamente 2 pacientes tenían más de 20 años de padecer de diabetes mellitus, y uno (50%) calificó su vida como muy buena y el otro (50%) de buena. (*cuadro # 5*)

La diabetes mellitus tipo 2 o llamada comúnmente diabetes del adulto es una enfermedad endocrina que suele aparecer en personas mayores de 45 años. Esta aumenta su prevalencia a partir del tercer decenio de la vida; y hacia el séptimo decenio, su prevalencia suele ser de tres a cuatro veces más alta que la general en los adultos. En el estudio se comprobó que la mayoría de los pacientes que asisten al Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala están entre las edades de 45 y 60 años (52% de los pacientes estudiados) que es el rango de edad cuando suele aparecer la diabetes característicamente.

Como se mencionó con anterioridad, el diagnóstico reciente de una enfermedad crónica como lo es la diabetes, produce una serie de cambios emocionales y psicológicos en las personas, y la angustia de afrontar los cambios y nuevas consideraciones sumado al modelo de convicción

asistencial, hacen que las personas busquen ayuda profesional con mayor frecuencia en los años siguientes al mismo. En el estudio se observó que casi la mitad de las personas que asisten al Patronato y el 49% de los entrevistados tenían de 1 a 5 años de padecer diabetes, lo que comprueba lo dicho por la literatura.

También se pudo observar que el porcentaje de pacientes que acuden al Patronato es inversamente proporcional al tiempo que tienen de tener diabetes, ya que el número de pacientes fue en disminución según aumentó el rango de tiempo de tener diabetes. Esto comprueba, que conforme pasan los años, el paciente diabético va adquiriendo ciertas habilidades, necesarias para el auto-cuidado, disminuyendo así sus necesidades de atención médica, a pesar de sus pobres conocimientos acerca de su enfermedad. Estos últimos son los responsables de la percepción negativa que tienen las personas diabéticas acerca de su calidad de vida.

En lo que se refiere a calidad de vida, el promedio general de la población fue de 108.4, estando este valor en el rango que representa una buena calidad de vida. El promedio del sexo masculino fue de 113.4 y el del sexo femenino fue de 103.6, lo que demuestra que el sexo masculino obtuvo mejores resultados. Sin embargo, ambos promedios se colocan en el rango de valores que representa una buena calidad de vida.

Se pudo demostrar que la mayoría de pacientes entrevistados tienen calidad de vida aceptables, a pesar de que al momento de las entrevistas, la mayoría de los entrevistados percibían su calidad de vida como mala o inaceptable por la diabetes. Así mismo, esto indica que para la mayoría de pacientes diabéticos, la enfermedad no ha tenido impactos negativos significativos en sus calidades de vida, a pesar de su percepción de la misma.

En lo que respecta a las diferencias de calidad de vida encontradas entre sexos, se pudo demostrar que a pesar de que el sexo femenino calificó su calidad de vida levemente más baja que el sexo masculino, ésta diferencia no resulta significativa, ya que ambos valores corresponden al mismo rango de calidad de vida que es de buena.

Según la edad de los pacientes y calidad de vida, el promedio de las personas de 45 años o menos fue de 113.8, el de las personas comprendidas en el rango de edades de 46 a 60 años fue de 109, y el promedio de las personas mayores de 60 años fue de 104.8.

Varios autores opinan que las personas diabéticas jóvenes obtienen mejores resultados que los ancianos diabéticos en lo que respecta a calidad de vida. Este estudio no pudo demostrar lo anterior, ya que a pesar de las diferencias en los promedios, en las cuáles los jóvenes obtuvieron mejores resultados, las diferencias establecidas no resultan significativas en lo que respecta a calidad de vida, ya que los tres valores se sitúan en el rango de calidad de vida que representa una buena calidad de vida.

Así también, las 2 personas que obtuvieron los resultados más bajos por ambos sexos, se encontraban en el grupo de 46 a 60 años de edad y no en el de mayor edad, como también las 2 personas con mejor resultado por ambos sexos se encontraban en el mismo grupo y no en el de menor edad como cabría esperar, por lo que la diferencia en la calidad de vida entre personas diabéticas de diferentes edades podría deberse más bien a otros factores no relacionados con la diabetes.

El promedio de los pacientes según el tiempo de padecer diabetes fue de 110.9 para los que tenían de 1-5 años de tener diabetes, 108.1 para los de 6-10 años, 105.1 para los que tenían de 11 a 15 años, 93.66 los de 16-20 años y finalmente 119.4 para los pacientes de más de 20 años de tener la enfermedad.

Se pudo demostrar en el estudio que no existe una relación directa entre calidad de vida de los pacientes diabéticos y su tiempo de tener diabetes, ya que en todos los grupos, el mayor porcentaje de sus pacientes se colocaron en la escala de calidad de vida de muy buena, con excepción del grupo de 16 a 20 años, donde el mayor porcentaje se colocó en el nivel de regular de la escala de calidad de vida. Así también, al considerar los promedios de cada grupo, no se observaron diferencias significativas de los promedios entre un grupo y otro. Además, a pesar de que el grupo de personas con 16 a 20 años de tener diabetes fueron el de promedio más bajo, el grupo de mayores de 20 años de tener diabetes, aún teniendo solamente dos personas, calificaron su calidad de vida como satisfactoria (muy buena y buena) y también tuvieron el promedio de calidad de vida más alto, lo que refuerza lo dicho en la literatura al referirse a que padecer diabetes es como adaptar un estilo de vida, el cuál al ir aprendiendo las destrezas necesarias para el auto-cuidado y al ir adaptándolas a las necesidades de cada paciente, éstos podrán optimizar su calidad de vida.

La mayor parte de la población presentó resultados alentadores, demostrado también por los resultados individuales de las áreas evaluadas, las cuáles son el área de salud física, área de salud mental y área de interacción social.

Estos resultados pudieron demostrar que de acuerdo al puntaje asignado a cada área en particular, las tres obtuvieron resultados satisfactorios, pero obteniendo las áreas de salud física e interacción social mejores resultados que el área de salud mental, lo que indica que la diabetes es una enfermedad con una carga emocional y psicológica elevada, comprobado al mismo tiempo por la percepción general del paciente diabético hacia su salud y calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II

CUADRO 1

Distribución por sexo y grupo etáreo de los pacientes diabéticos tipo II.
Patronato de pacientes diabéticos de Guatemala. Julio-Septiembre 2001.

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	<i>TOTAL</i>
<= 45 AÑOS	12	22	34 (16%)
46-60 AÑOS	57	56	113 (52%)
>= 61 AÑOS	36	32	68 (32%)
<i>TOTAL</i>	<i>105 (49%)</i>	<i>110 (51%)</i>	<i>215 (100%)</i>

Fuente: Boleta de datos generales

CUADRO 2

Distribución por sexo y tiempo de padecer diabetes tipo II.
Patronato de pacientes diabéticos de Guatemala. Julio-Septiembre 2001.

TIEMPO DE PADECER DIABETES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1-5 AÑOS	51	54	105 (49%)
6-10 AÑOS	29	30	59 (27%)
11-15 AÑOS	22	15	37 (17%)
16-20 AÑOS	2	10	12 (6%)
> 20 AÑOS	1	1	2 (1%)
<i>TOTAL</i>	<i>105</i>	<i>110</i>	<i>215(100%)</i>

Fuente: Boleta de datos generales.

CUADRO 3

Distribución por sexo y calidad de vida de pacientes diabéticos tipo II.
Patronato de pacientes diabéticos de Guatemala. Julio-Septiembre 2001.

CALIDAD DE VIDA *	MASCULINO	FEMENINO	<i>TOTAL</i>
EXCELENTE	17	6	23 (11%)
MUY BUENA	36	29	65 (30%)
BUENA	31	26	57 (27%)
REGULAR	14	25	39 (18%)
MALA	4	20	24 (11%)
MUY MALA	3	3	6 (3%)
PÉSIMA	0	1	1
<i>TOTAL</i>	<i>105</i>	<i>110</i>	<i>215 (100%)</i>

* criterios de calificación.

Fuente: Boleta de datos generales y SF-36

CUADRO 4

Distribución por edad y calidad de vida de pacientes diabéticos tipo II.
Patronato de pacientes diabéticos de Guatemala. Julio-Septiembre 2001.

Calidad de vida *	<=45 años	46-60 años	>=61 años	TOTAL
EXCELENTE	3 (9%)	16 (14%)	4 (6%)	23
MUY BUENA	14 (41%)	33 (29%)	18 (26%)	65
BUENA	9 (26%)	27 (24%)	21 (31%)	57
REGULAR	7 (20%)	18 (16%)	14 (21%)	39
MALA	1 (3%)	16 (14%)	7 (10%)	24
MUY MALA		2 (2%)	4 (6%)	6
PÉSIMA		1 (1%)		1
TOTAL	34 (100%)	113 (100%)	68 (100%)	215

* criterios de calificación

Fuente: Boleta de datos generales y SF-36

Cuadro 5

Distribución por tiempo de diabetes y calidad de vida en pacientes diabéticos tipo II.
Patronato de pacientes diabéticos de Guatemala. Julio-Septiembre 2001.

CALIDAD DE VIDA *	1-5 AÑOS	6-10 AÑOS	11-15 AÑOS	16-20 AÑOS	>20 AÑOS
EXCELENTE	14 (13%)	7 (12%)	2 (5%)		
MUY BUENA	34 (32%)	17 (29%)	11 (30%)	2 (17%)	1 (50%)
BUENA	31 (30%)	13 (22%)	10 (27%)	2 (17%)	1 (50%)
REGULAR	17 (16%)	11 (19%)	7 (19%)	4 (33%)	
MALA	6 (6%)	9 (15%)	6 (16%)	3 (25%)	
MUY MALA	2 (2%)	2 (3%)	1 (3%)	1 (8%)	
PÉSIMA	1 (1%)				
TOTAL	105(100%)	59(100%)	37(100%)	12(100%)	2(100%)

* criterios de calificación

Fuente: Boleta de datos generales y SF-36

Cuadro 6:

Promedio de puntuación obtenida por area evaluada para determinar la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo II.
Patronato de pacientes diabéticos de Guatemala. Julio-Septiembre 2001.

Área evaluada	Puntuación asignada	Puntaje promedio obtenido
Salud física	Mínimo 16 máximo 50	41
Salud mental	Mínimo 10 máximo 46	34
Interacción social	Mínimo 2 máximo 10	8

Fuente: Cuestionario SF-36

VIII. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes diabéticos presentan una buena calidad de vida.
2. La mayoría de la población diabética estudiada poseen buena salud física, salud mental e interacción social.
3. La mayoría de la población estudiada posee mejor salud física e interacción social que salud mental.
4. No se presentó ninguna diferencia en cuanto a calidad de vida entre sexo masculino y femenino.
5. No se presentó ninguna relación entre calidad de vida y tiempo de tener diabetes.
6. No se presentó ninguna diferencia en calidad de vida entre diabéticos de diferentes edades.
7. La mayoría de la población estudiada tiene pocos conocimientos acerca de la diabetes.
8. La mayoría de la población estudiada percibe su calidad de vida peor de lo que es.
9. A pesar de los resultados alentadores, la mayoría de la población refirió la falta de apoyo psicológico como parte integral del tratamiento.

IX. RECOMENDACIONES

- 1) Reconocer a la diabetes como un problema de salud pública que es grave, común, creciente y costoso.
- 2) Dada la magnitud de la enfermedad, determinar la verdadera carga epidemiológica y económica de la diabetes, como base para establecer cual será la prioridad que se le asigne en el programa nacional de salud.
- 3) Formular y llevar a la práctica un programa nacional autónomo contra la diabetes, que incluya prestación de servicios de calidad, promoción de estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades, con miras a reducir la morbilidad y mortalidad de las personas con diabetes y mejorar su calidad de vida.
- 4) Diseñar y llevar a la práctica un modelo de asistencia sanitaria integrada, que incluya tanto a personas con diabetes como a profesionales de la salud y a una amplia gama de personas del sistema de salud. Este modelo combina la atención y educación, y vela por la comunicación de la información a todos los niveles pertinentes.
- 5) Concebir e implantar un sistema común de información sobre la diabetes en Guatemala con miras a mejorar los conocimientos del público, reducir las complicaciones y aumentar el bienestar de las personas con diabetes.
- 6) Reorientar los recursos disponibles para documentar y hacer el seguimiento del logro de mejor salud, de manera que se mejore la calidad de vida de todas las personas con diabetes y sus familias.
- 7) Velar para que las personas con diabetes puedan adquirir los conocimientos y aptitudes que los faculten para el auto cuidado de su enfermedad crónica.
- 8) Velar que el equipo de salud tenga las aptitudes y los conocimientos especiales necesarios para atender a las personas con diabetes.

X. RESUMEN

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II.

La calidad de vida es un estado actual, que implica la valoración de un sujeto de su historia personal y de sus expectativas de vida.

Evaluar la calidad de vida de un paciente, se hace necesario, no sólo como parte de un tratamiento integral, sino también para determinar el impacto que la enfermedad ha tenido en el paciente, el cuál resulta enorme cuando los conocimientos que se tienen acerca de la enfermedad son pocos. Este impacto afecta de forma más directa el estado psicológico de las personas, volviéndose la actividad mental en un conjunto de sentimientos negativos y pensamientos equivocados, que se traducen en una mala percepción de la calidad de vida.

Dado que no existían estudios acerca de la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo II en Guatemala, se decidió realizar dicho estudio, llevado a cabo en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, en 215 pacientes diabéticos, durante los meses de julio, agosto y septiembre del año 2001.

La evaluación de la calidad de vida se realizó utilizando el instrumento de medición tipo cuestionario SF-36. El cuestionario evaluó varios aspectos que conforman la calidad de vida como funcionamiento físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, salud mental y limitaciones en el desempeño diario secundarias a problemas mentales o físicos, los cuales están incluidos en el área física, área mental y área social.

Los resultados demuestran que el 68% de los pacientes estudiados, calificaron su calidad de vida como satisfactoria en las tres áreas evaluadas, y este estudio demostró que no existen diferencias en cuanto a calidad de vida entre sexos masculino y femenino, y que la edad y el tiempo de tener diabetes de los pacientes, no tuvieron relación con el nivel de calidad de vida. A pesar de que los resultados fueron positivos, se pudo establecer el bajo nivel de conocimientos que la mayoría de los pacientes diabéticos tienen acerca de la diabetes, así como las ideas erróneas que estos poseen, y es éste bajo nivel de conocimientos lo que hace que los diabéticos perciban su calidad de vida como insatisfactoria, a pesar de los resultados.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Alva, M. Enseñanza eficaz de los educadores: problemas a los que se enfrentan. Publicación en el 15 Congreso mundial de la FID, en Kobe, Japón, 1994.
- 2) American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Clinical Practice Recommendations 2001. Volume 24 Supplement 1.
- 3) American Diabetes Association. Building a better life. The Diabetes Forecast. Building a better life. April98, Vol.51 Issue 4, p76.
- 4) American Diabetes Association. The direct and indirect cost of diabetes in the United States in 1992. Dallas 1993: may. (informe final)
- 5) American Diabetes Association. Third-party reimbursement for diabetes care, self-management education, and supplies. Clinical Practice Recommendations 2001. Volume 24 Supplement 1.
- 6) American Diabetes Association. Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones. Barcelona, Grafos 1991: junio
- 7) Anderson, R. Delegación de responsabilidades en el diabético y su relación con el modelo tradicional. The Diabetes Care 1995; 18 (3) 412-415.
- 8) Baxter, J. The association of non-insulin-dependent diabetes mellitus with perceived quality of life in a biethnic population: The San Luis valley diabetes study. Am J Public Health. 1998 August, Vol.88 Issue 8, p1225-1229.
- 9) Crigler-Meringola, E. Formas de renovar la esperanza del anciano diabético al enfocar la enseñanza y la atención a sus necesidades. Nursing 1984, Abril: 61-64.
- 10) De Gruyter, W. Educación del diabético: Problemas que afrontan los pacientes y los prestadores de asistencia en la enseñanza de personas con DMID yDMII. Conceptos para la clínica ideal de diabetes. Nueva York 1992.
- 11) Diabetes mellitus. <http://health.yahoo.com/health/diseases-and-conditions/disease-Feed-Data/Diabetes-Mellitus/>.
- 12) Durbach, E. Patient education, issues, options and choices. EdK The Canadian Nurse. 1987 october.
- 13) Foster, D. Diabetes mellitus. En: Harrison. Principios de medicina interna. 13a.

Edición. Madrid : Interamericana, 1994 Vol. II (pp.2281-2305)

- 14) Hopkins, K. More benefits attributed to good glycaemic control in type II diabetes. The Lancet, 1998, july. Vol. 352 Issue 9139, p1528, 1/3p.
- 15) La diabetes. <http://netdial.caribe.net/qipro/qbene006.htm>.
- 16) Marin, E. Calidad de vida. Revista Salud, Edición española , 1996 febrero.
- 17) Organización Mundial de la Salud. Prevención de la diabetes mellitus. Informe del Grupo de Estudio de la OMS, 1994; p844 (serie de informes técnicos de la OMS)
- 18) Organización Panamericana de la Salud. Bioética, temas y perspectivas. México, Panamericana 1990.
- 19) Organización Panamericana de la Salud. Disminuyamos el costo de la ignorancia. Educación sobre diabetes. Comunicación para la Salud No.9, Washington, D.C. 1996.
- 20) Pérez, A. Control y educación en diabetes mellitus. San Juan, Puerto Rico 1995, julio.
- 21) Ruiz, M. et al. Consenso sobre prevención, control y tratamiento de la diabetes mellitus no insulino dependiente. Buenos Aires, Antártica 1995.
- 22) Setién, M. Indicadores sociales de calidad de vida. España: Montalbán 1993. 451 pags.
- 23) Skinner, A. et al. Formas de educar al diabético. International Diabetes Digest, 1993 Abril: 59-61.
- 24) Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. www.users.interport.net/icps/Medico/MEDICO97/AUGUST/sup.tratamiento.htm
- 25) Tyson, J. Antes de educar. The Diabetes Educator, número especial, 1984; 10: 23-24.
- 26) Ware, J. SF-36 health survey manual and interpretation guide. QualityMetric, Inc. Lincoln, Rhode Island, The Health Assessment Lab – Boston, Massachusetts. 2000
- 27) World Health Organization. World health organization quality of life. <http://Altavista.com.gt>.

XII. ANEXOS