

CALIDAD DE VIDA Y CONDUCTA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Stefano Vinaccia¹
Hamilton Fernández¹, Ofelia Escobar¹
Erika Calle¹, Isabel Cristina Andrade¹
Francoise Contreras²
Sergio Tobón³

*Universidades de San Buenaventura, Santo Tomás y
Antioquia, Colombia*

ABSTRACT

The intention of this study was to study the quality of life and the conduct of disease in people with diabetes and to observe if relation among them exists. For it is was applied to questionnaire SF-36 and the IBQ to 74 patients with ages between the 45 and 65 years diagnosed with diabetes mellitus type II. Important deterioration in the quality of life of these patients was demonstrated, mainly in those components related to the physical health. The disease conduct scored in the average rank in all its dimensions, coming near at a high level the general hipocondriasis. Were inverse correlations between the physical function, with psychological perception versus somatic of the disease. The mental health also correlated of negative form with affective distortion, negation of the problems and irritability. The existing relation between the evaluated dimensions allows an approach to the exposition of patterns of answer to the disease that result in the quality of life of the patient with diabetes.

Key words: *diabetes mellitus, behavior of disease, quality of life.*

1 Universidad San Buenaventura, Medellín, Colombia.

2 Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.

3 Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Correspondencia: vinalpi47@hotmail.com, Apartado Aéreo 81240 Envigado, Antioquia.

RESUMEN

El propósito de esta investigación consistió en estudiar la calidad de vida y la conducta de enfermedad en personas con diabetes y observar si existe relación entre ellas. Para ello se aplicó el cuestionario SF-36 y el IBQ a 74 pacientes con edades comprendidas entre los 45 y 65 años diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, no insulino dependientes. Se evidenció deterioro importante en la calidad de vida de estos pacientes, principalmente en aquellos componentes relacionados con la salud física. La conducta de enfermedad puntuó en el rango medio en todas sus dimensiones, aproximándose a un nivel alto la hipocondriasis general. Se encontraron correlaciones inversas entre la función física, con percepción psicológica versus somática de la enfermedad. La salud mental correlacionó también de forma negativa con distorsión afectiva, negación de los problemas e irritabilidad. La relación existente entre las dimensiones evaluadas permite una aproximación al planteamiento de patrones de respuesta a la enfermedad, que redundan en la calidad de vida del paciente con diabetes.

Palabras clave: diabetes mellitus, conducta de enfermedad, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Aunque la medicina ha tenido avances significativos que posibilitan prolongar notablemente la vida, es una realidad la existencia e incremento de las enfermedades crónicas para las cuales no existe cura, sólo tratamiento. Tal es el caso de la diabetes, enfermedad que constituye un problema de salud pública importante. Se calculan para el año 2030, más de 340 millones de diabéticos en el mundo (International Diabetes Federation [IDF, 2005].) En las américas se proyecta una prevalencia de 40 millones de pacientes, para el año 2010 (Licea, 2000).

Etiológicamente se considera que hay una serie de factores genéticos, inmunológicos, e incluso ambientales, que contribuyen a la destrucción de

las células beta del páncreas que normalmente son las encargadas de producir la insulina, hormona que controla la concentración de glucosa en la sangre, al regular su producción y almacenamiento. En las personas con diabetes, el páncreas deja de producir insulina o la produce de manera insuficiente, o defectuosa (Brunner, 2004).

La diabetes puede ser de varios tipos, uno de ellos es la mellitus tipo II no insulino dependiente, la cual se desarrolla cuando se presenta una deficiencia en la producción o acción de la insulina, o se genera resistencia a ésta. Este tipo de diabetes comienza a cualquier edad, usualmente en personas mayores de 30 años quienes suelen ser obesos en el momento del diagnóstico (Walter y Hill, 2005). Más de dos terceras partes de los pa-

cientes con este tipo de diabetes tienen un pariente en primer o segundo grado con la enfermedad, Leroith, Taylor, y Solefsky (2003). Aunque históricamente, la diabetes mellitus tipo II se ha considerado una enfermedad de los ancianos, la tendencia actual ha sido el aumento vertiginoso de este desorden en niños y adolescentes (IDF, 2005). Dado que estos pacientes pueden mejorar con las dietas y el ejercicio, el tratamiento básico consiste en que el paciente baje de peso, y haga ejercicio para favorecer la eficacia de la insulina. (Brunner, 2004).

Las personas con diabetes experimentan distintos síntomas, como orinar frecuentemente, piel seca, picazón en la piel, heridas que sanan lentamente, visión borrosa, sensación de hambre continua, cansancio, debilidad, pérdida de peso, infecciones de la piel, y adormecimiento de los pies entre otros (Cano, 2004).

La diabetes mellitus tipo II no insulínica, es una enfermedad crónica que supone en mayor o menor medida un impacto en la vida del sujeto y una ruptura en su comportamiento habitual y estilo de vida cotidiano. Dichos cambios suelen ir en detrimento de la calidad de vida del paciente, entendida como la percepción personal de un individuo a cerca de su situación de vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (Campillo, 2004).

En términos generales, la calidad de vida es la combinación de las con-

diciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Arostegui, 1998). La calidad de vida puede también traducirse en términos de bienestar subjetivo, que consiste, básicamente, en un sentimiento de satisfacción, estado de ánimo positivo, determinado por elementos de índole psicológico y/o conductual (Schwartzmann, 2003).

Este sentimiento positivo de satisfacción global respecto de la vida está determinado a su vez, por factores cognitivos, lo cual incluye indicadores subjetivos (nivel de aspiración, expectativas, grupos de referencia, necesidades, escala de valores, grado de satisfacción con las condiciones de vida entre otras) (Rodríguez-Marín, 1995), y por su puesto, por la presencia de condiciones externas objetivas (hábitat físico y social, estado de salud, recursos económicos, vivienda, accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios y de educación, ocio, redes de apoyo, entre otros) (Schwartzmann, 2003; Rodríguez-Marín, 1995).

Desde el campo de la psicología se tienen en consideración ambos componentes, la calidad de vida referida al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Sin embargo, aunque retoma los componentes de bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a la satisfacción (Rodríguez-Marín, 1995).

El incremento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas ha llevado a poner especial énfasis en la calidad de vida relacionada con la salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Brannon y Feist, 2001). Hace referencia a una adaptación de tipo funcional (adaptación a la presencia de síntomas dolorosos o discapacitantes), psicológica (cognitivo, emocional, conductual, satisfacción, valoración y expectativas personales), social y laboral, todo ello valorado globalmente por quien padece este tipo de enfermedades (Rodríguez-Marín, 1995). El enfermo crónico debe afrontar los aspectos estresantes de la enfermedad, lo cual implica el nivel de adaptación, que desde una perspectiva psicológica se refiere a la capacidad del individuo para mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social. Por ello, el resultado de la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento es lo que se suele evaluar como más o menos adaptativo en las distintas áreas de la vida del paciente (Rodríguez-Marín, 1995).

Dada la complejidad del concepto de calidad de vida, su evaluación suele incluir indicadores sociales (condi-

ciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); psicológicos (reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales) y ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) (Dennis, Williams, Giangreco & Cloninger, 1993). En los pacientes diabéticos particularmente, la calidad de vida parece estar más comprometida a nivel familiar, condiciones de vida, éxitos alcanzados, salud y fe personal (Usitupa, 1996).

No obstante, aunque deteriorada, la calidad de vida en los pacientes diabéticos es más favorable que en pacientes con otras enfermedades crónicas (López y cols., 2003). Se ha encontrado que la duración y el tipo de diabetes no se asocian constantemente con la calidad de vida, y que a diferencia de otras enfermedades de este tipo, el tratamiento intensivo no deteriora la calidad de vida, es decir, un mejor control de la glicemia se asocia a una calidad de vida más favorable. En este tipo de trastorno, son las complicaciones de la diabetes el determinante más específico de la calidad de vida (López y cols., 2003).

Vinculada a la calidad de vida percibida, está la llamada conducta de enfermedad, la cual no constituye una forma estable de respuesta en las personas, sino que puede variar en función de diferencias transculturales (Mechanic, 1962, 1972, 1978, 1980,

1995), en función de la personalidad, en relación con la edad y el sexo; y a lo que es más importante desde el punto de vista clínico, puede variar en función de la historia personal de enfermedad y de las variables situacionales (Mechanic y Volkart, 1962).

La conducta de enfermedad tiene sus antecedentes en el concepto de *rol de enfermo* de Parsons en la década de los cincuenta. En 1962 Mechanic la definió como la forma en que unos síntomas determinados pueden ser diferencialmente percibidos, valorados y representados (o no representados) por diferentes tipos de personas; posteriormente, Pilowsky en 1967 hace una recopilación de términos acuñándolos en el concepto de “Conducta anormal de enfermedad”, propia de los pacientes que responden de forma anormal a la enfermedad o alguna forma de percepción ilusoria de enfermedad. Pilowsky, (1993) la define como cualquier actividad emprendida por una persona que se siente enferma, con la finalidad de definir su estado de salud o de descubrir un remedio adecuado (Pilowsky, 1996).

Mechanic (1995) planteó que la conducta de enfermedad podía ser conceptualizada como una disposición estable de las personas a responder de una forma determinada ante la enfermedad, como resultado de la interacción entre variables personales y sociales en el proceso de salud y enfermedad lo cual va a determinar el significado que se le atribuye.

En un sentido más amplio, se consideran conductas de enfermedad todas aquellas acciones que afectan el significado social y personal de los síntomas de la enfermedad, de las discapacidades y sus consecuencias (Mechanic, 1978). La conducta anormal de enfermedad se refiere actualmente a la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir el estado de salud a pesar de que el médico u otros profesionales hayan ofrecido una explicación razonable de la naturaleza y curso de la enfermedad y su tratamiento. Es la convicción de la existencia de un proceso de índole somática y con adhesión excesiva al desempeño del rol de enfermo, incluyendo conductas no adaptativas de la respuesta a la enfermedad (Pilowsky, 1996).

De forma paralela a la definición del concepto de conducta anormal de enfermedad, Pilowsky y Spence desarrollaron en 1975, un instrumento psicométrico llamado el *Cuestionario de conducta de enfermedad* (Illness Behavior Questionnaire [IBQ]), el cual fue adaptado posteriormente en versión al castellano. El IBQ permite explorar aquellas áreas afectivas, cognitivas y conductuales que resultan relevantes en el ámbito de la conducta anormal de enfermedad.

MÉTODO

DISEÑO

Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional de tipo transversal.

PARTICIPANTES

La muestra no probabilística, estuvo compuesta por 74 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 45 y 65 años de edad, con diagnóstico diferencial de diabetes mellitus tipo II no insulino dependientes. Dichos pacientes se encontraban bajo control de su enfermedad en una institución médica privada de la ciudad de Medellín.

INSTRUMENTOS

El cuestionario de salud SF 36 (Ware & Sherbourne, 1992) es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. Se utilizó la versión española de (Alonso, y Regidor, 1998). Las ocho dimensiones que evalúa el SF 36 son Función física (limitaciones físicas), Rol físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud general (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función social (interferencia en la vida social habitual), Rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), Salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta), y Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás). El SF 36 puntúa en

una escala de 0 a 100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida.

El *Cuestionario de conducta de enfermedad* (Illness Behavior Questionnaire [IBQ]), fue desarrollado originalmente por Pilowsky y Spence en 1975 y adaptado al español por Ballester y Botella, (1993), tiene como objetivo explorar las actitudes y sentimientos sobre la enfermedad, la percepción de las reacciones de los demás ante ésta, y la visión propia acerca de la situación psicosocial en la que vive. El IBQ consta de 62 ítems y evalúa 7 factores; Hipocondriasis general (factor general de conducta anormal de enfermedad), Convicción de enfermedad (creencia firme en la presencia de una alteración somática), Percepción psicológica versus somática de la enfermedad (factor bipolar), Inhibición afectiva (dificultades para expresar sentimientos), perturbación afectiva (ansiedad, depresión, tensión). Negación (tendencia a negar la existencia a problemas vitales), e Irritabilidad (sentimientos de enfado, especialmente en contextos interpersonales).

PROCEDIMIENTO

Se seleccionaron 120 historias clínicas de pacientes con diabetes que cumplieran con los criterios de edad (45 a 65 años), y tipo de diabetes (mellitus tipo II, no insulino dependiente). 74 pacientes decidieron participar voluntariamente previo consentimiento informado, donde se

les dio a conocer los propósitos de la investigación y las condiciones bajo las cuales se realizaría. La aplicación de los instrumentos se hizo de manera individual.

RESULTADOS

Demográficamente, la muestra estuvo constituida por 74 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II, el 54,1%, fueron mujeres y el 45,9% hombres. La mitad de la muestra estuvo constituida por personas entre los 45 y los 58 años, la otra mitad entre los 59 y 65 años.

Las medidas de tendencia central de los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de la calidad de vida, evaluadas por el SF 36, se pueden observar en la tabla 1.

A nivel descriptivo los resultados del SF36 permiten observar claramente cómo la calidad de vida de los pacientes se ve deteriorada (puntuajes bajos en todas las dimensiones), principalmente en lo relacionado con la evaluación que el paciente hace so-

bre su salud (2,9), en cuanto perciben que su salud ha empeorado, lo cual está acorde con las bajas puntuaciones en la dimensión de salud general (47,9), que corresponde con la valoración de la salud actual y las perspectivas futuras. El dolor es otra variable que al parecer deteriora de manera importante la calidad de vida del paciente (51,1), no sólo por la intensidad sino por su efecto en la realización de actividades habituales, coherentemente, con ello, la vitalidad también puntuó bajo (55,9), lo que implica que son personas que presentan sentimientos de cansancio y agotamiento.

Atendiendo a la distribución de frecuencias del puntaje obtenido en el cuestionario de calidad de vida SF-36 se puede observar variabilidad en las dimensiones evaluadas. En la tabla 2, se presentan dichas frecuencias.

Se puede observar que aunque un porcentaje importante de pacientes (35,1%) no se ven limitados para desarrollar sus actividades físicas cotidianas, un 64,9% presentan algún

TABLA 1. Medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos en el cuestionario SF 36

	Función física	Rol físico	Dolor	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Evaluación de la salud
Media	67,5	65,8	51,1	47,9	55,9	71,4	70,2	65,2	2,9
Mediana	70	100	51	45	60	75	100	70	3
Moda	100	100	90	45	70	100	100	56	3
D. estándar	25,2	3,9	29,8	23	27,3	26,7	42,9	25,9	1,1

TABLA 2. Frecuencias estadísticas de cada una de las dimensiones del SF36

Dimensión	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Dimensión	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Función física	5-44	13	17,6	Rol físico	,00	20	27
	45-84	35	47,3		25-50	5	6,8
	85-100	26	35,1		75-100	49	66,2
Dolor corporal	0-40	27	36,5	Salud general	5-34	20	27
	41-83	28	37,8		35-69	36	48,6
	84-90	19	25,7		70-100	18	24,3
Vitalidad	0-40	19	25,7	Función social	10-25	8	10,8
	45-70	33	44,6		35-70	25	33,8
	75-100	22	29,7		75-100	41	55,4
Rol emocional	,00	18	24,3	Salud mental	0-35	8	10,8
	30-70	9	12,1		36-70	29	39,2
	100,00	47	63,5		71-100	37	50
Evolución declarada de la salud	1,00	10	13,5				
	2,00	12	16,2				
	3,00	29	39,2				
	4,00	16	21,6				
	5,00	7	9,5				

grado de limitación. En la dimensión rol físico, un 33,8% de las personas consideran que su salud física interfiere en el trabajo y otras actividades limitando en gran medida su desempeño y productividad. Con respecto al dolor, se puede observar que toda la población presenta algún grado de dolor, y que un 36,5% de la muestra presenta un dolor más intenso, que interfiere en su trabajo habitual. El dolor es más leve y ejerce menos interferencia en un porcentaje algo menor (25,7%).

La escala de vitalidad presenta puntuaciones altas en un 29,7%; sin embargo, cerca del 70% de la muestra presenta sentimientos de cansan-

cio y agotamiento mayor. Con respecto al rol físico, algo más de la mitad de los pacientes (66,2%) perciben que su estado de salud no interfiere en su trabajo y otras actividades, el porcentaje restante (33,8) de pacientes sí se perciben en mayor o menor medida, limitados para realizar dichas actividades.

La salud general se estima adecuada por un 24,3%, el rol emocional presenta una distribución particular, el 63,5% de los pacientes presentaron el puntaje máximo en la escala (100), es decir, estas personas perciben que sus problemas emocionales no interfieren en su trabajo y actividades diarias, un 24,3% obtuvo el puntaje

mínimo en la escala (,00) y un 12,1% en un rango intermedio, se trata de personas a las que los problemas emocionales interfieren sobre sus actividades y pueden influir en el tiempo dedicado a ellas.

Con respecto a la escala de función social, algo más de la mitad de la muestra (55,4%) consideran que la salud física o emocional interfiere en su vida social habitual, no obstante, el porcentaje restante presentan en mayor o menor medida limitaciones en este sentido.

La valoración de salud mental general, evidencia que el 50% de la muestra, no presenta niveles importantes de depresión y ansiedad, tienen adecuado control emocional y de la conducta y efecto positivo en general. La otra mitad de la muestra presenta ciertos niveles de salud mental, un 10,8 presenta particularmente, puntajes muy bajos (0-35), lo cual indica alteraciones importantes en su salud mental.

La valoración de la salud actual presenta una distribución similar, alcanzando un mayor porcentaje en el punto intermedio de 3 en una escala de 1 a 5 (39,2%). Cerca de un 30% consideran que su salud ha empeorado con respecto al año anterior.

La conducta de enfermedad evaluada mediante el cuestionario IBQ, permite apreciar que los pacientes alcanzaron puntajes en el rango medio en todas las subescalas evaluadas, siendo algo más alta, en cuanto se aproxima a este rango, la hipocondriasis general (tabla 3).

En la tabla 4 se pueden observar las frecuencias de los puntajes obtenidos en el IBQ, de acuerdo con los rangos de bajo, medio y alto.

Atendiendo a las frecuencias de los puntajes obtenidos en el IBQ, se observa que hay una proporción importante de pacientes que puntuaron alto en las escalas de hipocondriasis general, (35,1%) Percepción psicológica versus somática de la enfermedad

TABLA 3. Medidas de tendencia central de los puntajes obtenidos en el cuestionario IBQ

	Hipocondriasis	Convicción de enfermedad	Percepción psicológica vs. Somática de enfermedad	Inhibición afectiva	Distorsión afectiva	Negación problemas	Irritabilidad
Media	4,51	4,03	1,92	2,96	2,89	2,59	2,70
Mediana	4,00	4,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Moda	3	4	1	3	5	3	4
D. estándar	2,39	1,07	1,29	,97	1,68	1,52	1,31

TABLA 4. Frecuencias estadísticas de cada una de las dimensiones del IBQ

Dimensión	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Dimensión	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Hipocondriasis general	0-1	7	9,4	Distorsión afectiva	0-2	31	41,9
	2-5	41	55,4		3-4	25	33,8
	6-9	26	35,1		5	18	24,3
Convicción de la enfermedad	1-3	21	28,4	Negación de problemas	0-2	34	45,9
	4-5	48	64,8		3-4	31	41,9
	6	5	6,7		5	9	12,2
Percepción psicológica vs. somática	0	12	16,2	Irritabilidad	0-1	17	23
	1-2	34	45,9		2-4	51	68,9
	3-4	28	37,8		5	6	8,1
Inhibición afectiva	1	6	8,1				
	2-4	66	89,1				
	5	2	2,7				

(37,8), distorsión afectiva (24,3%) y en menor proporción negación de problemas (12,2).

ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA EVALUADAS POR EL SF36

Las variables de calidad de vida obtenidas mediante el SF36, fueron sometidas a un análisis correlacional mediante la prueba de Pearson. En la

tabla 5 se pueden observar los resultados.

Se observan correlaciones altas en la dimensión función física (F.F) con las dimensiones de rol físico (R.F), dolor corporal (D.C), salud general (S.G), vitalidad (Vt.), función social (F.S); donde las puntuaciones se encuentran determinadas por 0,559, 0,729, 0,53, 0,655 y 0,527 respectivamente. Lo anterior indica que a mayor limitación

TABLA 5. Correlación entre las variables de calidad de vida evaluada por el cuestionario SF 36

	F. F	R.F	D.C	S.G	Vt.	F.S	R.E	S.M	E.D.S
F. F	-	,559	,729	,530	,655	,527	-	-	-
R.F	,559	-	,530	-	,523	-	-	-	-
D.C	,729	,530	-	-	,711	-	-	,501	-
S.G	,530	-	-	-	,621	-	-	,588	-
Vt.	,655	,523	,711	,621	-	,615	-	,744	-
F.S	,527	-	-	-	,615	-	-	-	-
R.E	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S.M	-	-	,501	,588	,744	-	-	-	-
E.D.S	-	-	-	-	-	-	-	-	-

en las actividades físicas, mayor grado de Interferencia y dificultad en el trabajo y otras actividades diarias, mayor dolor percibido que afecta sus actividades, mayor valoración de la salud, más vitalidad, y mayor interferencia en la vida social.

Con relación a la subescala de rol físico (R.F), se pueden observar correlaciones altas como la dimensión de dolor corporal (D.C) (0,53) y la vitalidad (Vt.) (,523). Lo anterior significa que mientras la salud física esté más deteriorada y se perciba mayor intensidad de dolor, se presentan más dificultades para realizar trabajos tanto fuera como dentro de casa.

La subescala de vitalidad (Vt), correlacionó con la dimensión función social (F.S), con una puntuación de 0,615 y la dimensión salud mental (S.M), con una valoración de 0,744 indicando una alta correlación entre ellas. Esto significa que cuando el sentimiento de cansancio y agotamiento físico aumentan, interfiere significativamente con la salud mental general y con la vida social habitual del individuo.

El dolor corporal también guardó correlación con salud mental (,501), es decir, que a mayor dolor y efecto de éste sobre la vida del sujeto, mayor depresión y ansiedad. La vitalidad, ese sentimiento de energía correlacionó con todas las dimensiones del SF36 exceptuando con rol emocional y evaluación declarada de la salud.

Dentro de la escala de salud general (S.G), se encuentra una alta correlación con vitalidad (Vt), determinada por una puntuación de 0,621 y con la dimensión de salud mental (S.M), con un valor de 0,588. Es decir, que mientras la valoración de la salud actual disminuye, el sentimiento de energía y vitalidad al igual que la salud mental general también lo hace, incluyendo sentimientos de depresión y ansiedad en las personas del estudio.

CORRELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y COMPORTAMIENTO DE ENFERMEDAD

Como se observa en la tabla 6, la subescala función física, presenta una fuerte correlación inversa con el fac-

TABLA 6. Análisis correlacional entre las dimensiones del SF36 y el IBQ

F. F	R.F	D.C	S.G	Vt.	F.S	R.E	S.M	E.D.S
Hipocondriasis general		-	-	-	-	-	-	
Convicción enfermedad		-	-	-	-	-	-	
Percepción psicológica vs. somática	-0.501.	-	-	-	-	-	-	
Inhibición afectiva		-	-	-	-	-	-	
Distorsión afectiva		-	-	-	-	-	-	-,611
Negación problemas		-	-	-	-	-	-	-,550
Irritabilidad		-	-	-	-	-	-	-,527

tor percepción psicológica versus somática de la enfermedad (-0.501). Es decir, las limitaciones físicas ocasionadas por la enfermedad son inversamente proporcionales a la percepción del paciente para estar dispuesto a aceptar o no la influencia de los factores psicológicos en su enfermedad. A mayor limitación física, menor disposición del paciente para aceptar la influencia de factores psicológicos en su enfermedad.

Frente a la subescala salud mental, se observan que existen correlaciones altas e inversas con distorsión afectiva (-,611), negación de los problemas (-,550) e irritabilidad (-,527). Es decir, que a mayor salud mental, menor perturbación afectiva, menor tendencia a negar la existencia de problemas vitales, y menores sentimientos de irritabilidad.

REGRESIÓN LINEAL

A continuación se realiza una regresión lineal para observar la influencia de la variable sexo sobre cada una de las dimensiones de calidad de vida y de la conducta de enfermedad, planteándose como variable dependiente cada una de estas variables, e independiente el sexo.

De acuerdo con los resultados de la regresión lineal, el sexo es una variable que ejerce influencia sobre la función física (,0025), dolor corporal (,0005), salud general (,0032), vitalidad (,0175), salud mental (,0276) e hipcondriasis (,0539).

DISCUSIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa que indiscutiblemente tiene efectos sobre la calidad de vida de las personas que la padecen. Los comportamientos, creencias y emociones derivadas de esta condición crónica, modulan en gran medida el impacto que tendrá sobre la calidad de vida del paciente.

La calidad de vida es un concepto complejo, compuesto por diversos dominios y/o dimensiones, de difícil definición y operacionalización. Es un juicio subjetivo, que denota el grado de satisfacción, y el sentimiento de bienestar personal estrechamente relacionado con indicadores biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales, en este sentido, la calidad de vida posee componentes subjetivos y objetivos (Rodríguez-Marín, 1995). En los pacientes con diabetes mellitus que participaron en este estudio, se observa una calidad de vida relacionada con la salud, bastante deteriorada, obteniéndose puntajes bajos en todas sus dimensiones. Al comparar estos resultados con los obtenidos en población sana (García, 2002), se observan las siguientes relaciones respectivamente: función física 67.5-93.9, rol físico: 65.8-90.3, dolor corporal: 51.1-82, salud general 47.98-84.4, vitalidad: 55.9-75.8, función social: 71.4-85.8 rol emocional 70.2-86.3, salud mental: 65.2-79.5.

Es interesante anotar que la calidad de vida de los pacientes depende

también de la enfermedad crónica y de sus características, en pacientes asmáticos por ejemplo (López y cols., 2003; De los Ríos y cols., 2004) el nivel alcanzado en cada una de las dimensiones es mayor que en los pacientes con diabetes, pero menor que en las de la población sana. En el punto medio de las dos poblaciones anteriores están nuestros resultados, salvo en salud general y vitalidad cuyos puntajes son muy similares a los de los pacientes con asma.

Al compararse con población sana, los pacientes con diabetes tienen más afectadas las dimensiones de salud general, dolor corporal, rol físico y función física. Dado que todos ellos son componentes fundamentalmente relacionados con la salud física, los programas de educación para la salud podrían incidir favorablemente en la calidad de vida de estos pacientes mediante la adquisición de conocimientos acerca de la enfermedad y la consolidación de hábitos y estilos de vida que favorezcan sus actuales condiciones de salud. Lo anterior puede promover estrategias de afrontamiento más adecuadas que potencien la autonomía y favorezcan la adaptación y adherencia al tratamiento, todos ellos aspectos muy importantes en los pacientes con diabetes mellitus, dada la respuesta favorable de la enfermedad a cambios en los hábitos y estilos de vida.

Todas las dimensiones de conducta de enfermedad puntuaron en el rango medio. Se trata de un grupo de

pacientes en los que el temor hacia la enfermedad y la creencia firme en la presencia de alteraciones somáticas no es una característica predominante. Son pacientes que aceptan que los factores psicológicos tienen influencia en su enfermedad, y que tienen cierta dificultad para expresar sentimientos personales (especialmente los negativos). Lo anterior coincide con su nivel medio de perturbación afectiva (ansiedad, depresión), y su tendencia a negar la existencia de problemas vitales, se observa también un nivel medio de irritabilidad, especialmente en contextos interpersonales.

Al comparar estos resultados con los obtenidos en pacientes con trastornos gastrointestinales, realizados por Vinaccia *et al.*, (2004), se observa que los pacientes con diabetes obtuvieron mayores puntajes que los pacientes con colon irritable pero menores que los pacientes con colitis ulcerativa. En el primer caso, los puntajes en hipocondriasis general (3,96), convicción de enfermedad (3,86), inhibición afectiva (2,66), distorsión afectiva (2,63), negación de los problemas (2,63) e irritabilidad (2,26) son menores, salvo en percepción psicológica *vs.* somática de enfermedad, en los que los pacientes con colon irritable obtuvieron un puntaje mayor (2,46). Contrariamente, los pacientes con colitis ulcerativa, obtuvieron puntajes más altos en todas las dimensiones del IBQ que los alcanzados por los pacientes diabéticos.

Es probable que la severidad de los patrones de respuesta ante la enfermedad puede deberse en gran medida a las características mismas del trastorno, a sus signos y síntomas particulares, Llor, *et al.*, (1991) sostienen que esto es precisamente lo que hace que se interprete como dañina y perjudicial en cuanto que constituye un daño o una pérdida material o funcional, en cierta forma incontrolable por el paciente. Los pacientes con diabetes mellitus no insulino-dependientes pueden ejercer cierto control sobre su enfermedad, en cuanto ésta responde satisfactoriamente al tratamiento y sobre todo a los cambios en los hábitos y estilos de vida Llor y cols., (1993a, 1993b), probablemente esta sensación de control promueve una actitud algo más favorable que en aquellos trastornos cuyos síntomas se acompañan de signos claros de deterioro y enfermedad como en el caso de la colitis ulcerativa (dolor, diarrea, fatiga, pérdida de peso, hemorragia rectal, anemia grave, entre muchos otros) en la que sus síntomas se perciben como menos controlables.

Como se observa en la distribución de frecuencias, hay un porcentaje importante de personas que puntuaron alto en todas las dimensiones, son individuos con una actitud hacia la enfermedad llena de temor, con cierta conciencia de su naturaleza excesiva (hipocondriasis general), tienen una creencia firme en la presencia de una alteración somática y un rechazo al intento de tranquilización por parte de los profesionales sa-

nitarios (convicción de enfermedad). Son pacientes que están dispuestos a aceptar la influencia de factores psicológicos en su enfermedad (percepción psicológica versus somática de la enfermedad), tienen dificultad para expresar sentimientos, especialmente los negativos (inhibición afectiva), presentan ansiedad, depresión o tensión como síntomas afectivos originados por la enfermedad (perturbación afectiva), tienen tendencia a negar la existencia de problemas vitales aparte de la enfermedad, atribuyendo todas las dificultades a sus problemas de salud (negación), y suelen ser más irritables.

Es importante destacar que de acuerdo con los resultados del IBQ, se puede inferir la inadecuación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por estos pacientes, en cuanto la no expresión de las emociones es una forma de afrontamiento que incrementa la activación fisiológica repercutiendo directamente en la enfermedad (Rodríguez-Marín, 1995). Estos resultados son importantes, en cuanto el proceso de adaptación a esta condición crónica que implica la diabetes, tiene que ver con las respuestas que tienen los pacientes hacia la enfermedad, la forma en que lo haga incidirá en su funcionamiento físico, psicológico y social, y por consiguiente en su calidad de su vida. En este sentido, la calidad de vida es el resultado de las diferentes respuestas de los pacientes al padecimiento de su enfermedad, al tratamiento y a sus consecuencias (Schwartzmann, 2003).

Respecto a la relación entre las dimensiones de calidad de vida (SF36) y las dimensiones de conducta de enfermedad (IBQ), Se evidencia la existencia de una correlación negativa entre función física y percepción psicológica *vs.* somática de la enfermedad del cuestionario I.B.Q., esto indica fundamentalmente que las limitaciones físicas ocasionadas por la enfermedad son inversamente proporcionales a la percepción del paciente para estar dispuesto a aceptar o no la influencia de los factores psicológicos en su enfermedad. En este sentido, el no presentar niveles altos de limitación física favorecería la respuesta del paciente a la intervención psicológica, por ello, una intervención temprana tendría probablemente mejores resultados.

Se encontró también una significativa correlación inversa entre la salud mental con distorsión afectiva distorsión afectiva (-,611), negación de los problemas (-,550) e irritabilidad (-,527). Esto indica que a mayor salud mental, menor perturbación afectiva, originada por la enfermedad (evaluada igualmente por estados de ansiedad y depresión), menor tendencia a negar la existencia de problemas vitales (lo cual se asocia con mejores estilos de afrontamiento), y menores sentimientos de irritabilidad.

La significativa correlación entre la dimensión de salud mental del SF36 y la dimensión de perturbación afectiva del IBQ demuestran la validez del constructo que evalúan ambas subescalas, referidas a estados de ansiedad y depresión. Se ha documen-

tado que dichos estados emocionales suelen presentarse frecuentemente en los pacientes con diabetes tipo II (Llor y cols., 1991). Las correlaciones encontradas denotan un patrón adecuado de adaptación a la enfermedad, que implica ciertos estilos de afrontamiento más acertados para favorecer la calidad de vida en este tipo de pacientes crónicos. Lo anterior pone de manifiesto la importancia de evaluar estados emocionales y estrategias de afrontamiento que puedan favorecer el bienestar de los pacientes con diabetes.

Finalmente, de acuerdo con los resultados de la regresión lineal la variable sexo ejerce influencia sobre los resultados obtenidos en función física (,0025), dolor corporal (,0005), salud general (,0032), vitalidad (,0175), salud mental (,0276), e hipocondriasis (,0539). Por ello, es indispensable tener en cuenta esta variable para el diseño, desarrollo y evaluación de proyectos y programas que propendan por la calidad de vida de los pacientes con diabetes, y probablemente con otro tipo de enfermedades crónicas. De acuerdo con Rodríguez-Marín (1995) existen diferencias en los perfiles de salud/enfermedad entre hombres y mujeres, lo cual depende de diferencias ligadas a la biología y al género, este último incluye la influencia de los roles, recursos, patrones, expectativas culturales e identidad subjetiva. Se ha encontrado por ejemplo que las madres de familia que dependen económicamente y participan menos de actividades sociales tienden a descui-

dar más el tratamiento para la diabetes (Walter y Rodgers, 2005). Por todo lo anterior, la influencia del sexo y las características referidas al género deben estudiarse con profundidad y tenerse en cuenta en futuros estudios de calidad de vida y conducta de enfermedad en este tipo de pacientes crónicos.

REFERENCIAS

- Alonso, J. & Regidor, E. (1998). *Valores poblacionales de referencia en la versión española de cuestionario de salud SF 36*. Medicina Clínica, 111, 410-416.
- Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Ballester, R. & Botella, C. (1993). Perfil de la conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y modificación de conducta*, 19, 233-265.
- Brunner, A. (2004). *Suddarth's Medical-Surgical Nursing*, New York: Smeltzer & Bare.
- Campillo, J.E. (2004). *El mono obeso: la evolución humana y las enfermedades de la opulencia: obesidad, diabetes, hipertensión y arteriosclerosis*. Madrid: Editorial Critica.
- Cano, J.F. (2004). *Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en atención primaria: recomendaciones clínicas con niveles de evidencia*. Madrid: Ediciones Harcourt.
- Dennis, R.E.; Williams, W.; Giangreco, M.F. & Cloninger, C.J. (1993). *Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities*. *Exceptional Children*, 59, 499-512.
- De los Ríos; Sánchez, J.; Barrios, J.; P. Guerrero, V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica IMSS*, 42, 109-116.
- García, A. (2002). *Validación del cuestionario de salud Sf36 en una muestra poblacional colombiana*. Trabajo sin publicar. Universidad de Antioquia.
- International Diabetes Federation (2005). *Diabetes care and prevention in the world*. *Diabetes Voice*, 50, 15-17.
- López, J.M.; Cuaauhtémoc I.; Ariza, J.R.; Munguía C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45, 259.
- Llor, B.; Godoy, C. & Nieto, J. (1993a). Aspectos teóricos en conducta de enfermedad. *Anales de Psiquiatría*, 9, 140-145.
- Llor, B.; Godoy, C. & Nieto, J. (1993b). Factorización y depuración del cuestionario IBQ en población clínica española. *Anales de Psiquiatría*, 9, 209-213.
- Llor, B.; Nieto, J.; Godoy, C. & Morales R., J.M. (1991). Bares del cuestionario IBQ en población clínica española. *Actas Luso-Española de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 19, 263-267.
- Leroith, D.; Taylor, A. & Solefsky J. (2003). *Diabetes mellitus: texto básico y clínico*. México, McGraw-Hill.
- Licea, M. (2000). Salud reproductiva y diabetes. Nefropatía diabética y su efecto sobre el embarazo. *Revista Cubana de Endocrinología* 11, 2.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal Chronic Disease* 15, 189-194.
- Mechanic, D. (1980). The experience and reporting of common physical complaints. *Journal Health Sociology Behavior*, 21, 146-155.
- Mechanic, D. (1972). Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *New England Journal Medicine*; 286, 132-140.
- Mechanic, D. (1978). *Medical sociology*. Second edition. The Free Press. A Division of Macmillan Publishing Co., Inc. New York.
- Mechanic, D. & Volkart, E. (1960). Illness Behavior and Medical Diagnoses. *Journal Health Human Behavior* 1, 86-94.
- Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science Medicine*; 41, 1207-1216.
- Pilowsky, I. (1993). Aspects of abnormal illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 62-74.
- Pilowsky, I. & Spence, N. (1975). Patterns of illness behavior in patients with intractable pain.

- Journal of Psychosomatic Research*, 40, 345-350.
- Pilowsky, I. (1967). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: Clinical aspects. *Psychosomatic Medicine*, 29: 201-224.
- Pilowsky, I. (1996). From conversion hysteria to somatisation to abnormal illness behavior? *Journal of Psychosomatic Research*, 19: 345-350.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Usitupa, M. (1996). Early lifestyle intervention in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. *Annals Medicine*, 28, 445-449.
- Vinaccia, S.; Contreras, F.; Bedoya, M.C.; Carillo, L.M.; Cuartas, M.J.; López, N.; Cano, E. (2004). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 14, 31-41.
- Walker, R. & Rodgers, J. (2005). *Diabetes: manual práctico para el cuidado de su salud*. Buenos Aires: Blume Ediciones.
- Ware, J.; Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
-

Fecha de envío: julio 5, 2005

Fecha de aceptación: septiembre 21, 2005