

Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud en Villahermosa, Tabasco, México

Quality of Life of the Elderly Diagnosed with type 2 Diabetes Mellitus in a Health Center in Villahermosa, Tabasco, Mexico

Aralucy Cruz León,* Crystell G. Guzmán Priego,** Rosa M. Arriaga Zamora,* María Colorado Fajardo,*** Fabiola Morales Ramón,* Guadalupe del C. Baeza Flores****

Resumen

Objetivo: evaluar la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que acuden a un centro de salud en Villahermosa, Tabasco, México. **Métodos:** estudio transversal, se ocupó un muestreo no aleatorio por conveniencia. Participaron 120 adultos mayores con DM2 que acudieron a control metabólico en una unidad de primer nivel de atención, se midieron variables sociodemográficas y clínicas; se utilizó el cuestionario SF-36 para conocer la calidad de vida de los adultos mayores; para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencia y dispersión. **Resultados:** participaron 120 adultos mayores, se obtuvo una media de edad de 68.6 años (± 7.1), 51.7% era de sexo femenino (n=62), 51.7% estaba casado (n=62); y 30% tenía sobrepeso (n=36). Respecto a la calidad de vida, se determinó que los adultos mayores presentaron afectaciones en la función física, el rol físico, la salud general y el rol emocional. **Conclusiones:** los adultos mayores con DM2 presentaron problemas en cuatro de las ocho dimensiones relacionadas con su calidad de vida; es necesario ampliar estas observaciones a otras clínicas de primer nivel con el propósito de dimensionar a gran escala las afectaciones que padecen los adultos mayores con DM2.

Palabras clave: calidad de vida, adulto mayor, diabetes mellitus tipo 2

Recibido: 22/03/18
Aceptado: 10/10/18

*Doctora en Ciencias de Enfermería, profesora investigadora de tiempo completo. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

**Médica Cirujana, Maestra en Ciencias básicas biomédicas, profesora investigadora de tiempo completo. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

***Licenciada en Enfermería. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

****Médica Cirujana, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Sugerencia de citación: Cruz León A, Guzmán Priego CG, Arriaga Zamora RM, Colorado Fajardo M, Morales Ramón F y col. Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud en Villahermosa, Tabasco, México. Aten. Fam. 2019;26(1):23-27. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.1.67713>

Correspondencia:
Crystell G. Guzmán Priego
crystell_guzman@hotmail.com

Summary

Objective: to evaluate the quality of life in the elderly with type 2 diabetes mellitus (DM2) attending a Health Center in Villahermosa, Tabasco, Mexico.

Methods: cross-sectional study, a non-randomized sampling by convenience was used. 120 adults with DM2 who attended a metabolic control in a first care unit participated, socio-demographic and clinical variables were measured. The SF-36 questionnaire was used to know quality of life of the elderly; measures of central tendency, frequency and dispersion were used for data analysis.

Results: 120 seniors participated, an average age of 68.6 years (± 7.1) was obtained, 51.7% were female ($n=62$), 51.7% were married ($n=62$), and 30% were overweight ($n=36$). Regarding quality of life, it was found that patients had physical function, physical role, general health and emotional role affectations. **Conclusions:** elderly with DM2 presented problems in four of the eight dimensions related to their quality of life; it is necessary to extend these observations to other first level clinics in order to large-scale sizing affectations of the elderly with DM2.

Keywords: quality of life, elderly, diabetes mellitus, type 2

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), es una enfermedad crónica compleja que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en la sangre y que tiene un impacto biopsicosocial importante, por lo que el tratamiento correcto va más allá del control glucémico.^{1,2} En el mundo, la prevalencia de DM2 se ha incrementado de manera significativa, en diez años, pasó de

7.3% en la población adulta en México a 9.4%, según cifras de la Ensanut;^{3,4} estos datos la ubican como una de las enfermedades de mayor prevalencia y con mayor tasa de mortalidad en la población mexicana.

El tratamiento de la DM2 en el primer nivel de atención puede ser de tipo farmacológico y no farmacológico, este último engloba cambios en el estilo de vida, modificaciones en la alimentación, ejercicio y terapias conductuales.² Sin embargo, cuando el tratamiento no tiene éxito, se favorece la presencia de complicaciones que afectan directamente los costos de la atención médica, así como la calidad de vida del individuo y la familia.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como: “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”;⁶ es un sistema multidimensional complejo en el que intervienen diversos componentes sociales, económicos, familiares y psicológicos, de ahí la importancia de investigar sobre el impacto que estos tienen en la presencia y desarrollo de las enfermedades crónicas.^{7,8}

La población de adultos mayores va en aumento y, en consecuencia, la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles también se ha incrementado,⁹ esto provoca un impacto negativo que deriva en una mayor cantidad de visitas y estancias hospitalarias y en el caso de los adultos mayores con DM2 se manifiesta en la presencia de dolor neuropático, complicaciones micro y macrovasculares, ansiedad, depresión y otras comorbilidades que afectan su calidad de vida, esto impacta directamente en

el apego al tratamiento y el retraso en el surgimiento de otras comorbilidades;¹⁰⁻¹³ debido a este panorama, el objetivo de esta investigación fue evaluar la calidad de vida en adultos mayores con DM2 que acuden a un centro de salud en Villahermosa, Tabasco.

Métodos

Se realizó un estudio transversal en el que participaron adultos mayores que acudieron al Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Maximiliano Dorantes Cervantes de Villahermosa, Tabasco, México de noviembre de 2015 a enero de 2016.

El presente protocolo fue registrado y aprobado por la coordinación del Área de Investigación de la Academia de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, donde se dictaminó que el presente estudio corresponde a una investigación sin riesgo de acuerdo con la Ley General de Salud. Participaron 120 adultos mayores, la muestra se obtuvo mediante un muestreo no aleatorio por conveniencia. Se seleccionaron adultos mayores de 60 años que acudieran a control metabólico de manera regular al CESSA Maximiliano Dorantes Cervantes, de cualquier sexo, con diagnóstico clínico o médico de DM2, mayor a un año de evolución y que aceptaran participar en el estudio mediante la firma de consentimiento informado. No se incluyó a los adultos menores de 60 años, con problemas de lenguaje, auditivos, mentales o que no aceptaran responder el instrumento de recolección de información.

Se estudiaron variables sociodemográficas, clínicas y de calidad de vida. Para obtenerlas se diseñó un instrumento estructurado en dos secciones. En la primera sección se recogieron

las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, actividad laboral, así como las variables clínicas: tiempo de evolución de DM2, tipo de tratamiento establecido y comorbilidades.

En la segunda sección del instrumento se evaluó la calidad de vida a través del cuestionario de salud SF-36. Este cuestionario explora las dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental, mediante 36 ítems en escala de tipo Likert. Se sumaron los puntajes de ítems de las ocho dimensiones para obtener resultados en una escala de 0 a 100, interpretando que cuando el puntaje se acerca más a 100 el paciente presenta una mejor calidad de vida; respecto del estado de salud, valores cercanos a 0 significan peor estado de salud, mientras que los puntajes cercanos a 100 significan un mejor estado de salud.

Los datos fueron colectados y sistematizados en el software estadístico SPSS v. 21; las variables sociodemográficas y clínicas se analizaron a través de medidas de tendencia central y frecuencias.

Resultados

De los 120 adultos mayores incluidos en el estudio la media de edad fue de 68.6 años; respecto a la distribución por sexo 51.7% (n=62) fueron mujeres mientras que 48.3% (n=58) fueron hombres.

En la tabla 1 se encuentran las características sociodemográficas de los adultos mayores reportados en este estudio. El porcentaje más representativo en cuanto al estado civil fue: casado, con 51.7% (n=62); escolaridad primaria, con 48.3% (n=58), respecto a la religión, 73.3% se manifestó católico (n=88) y 71.7% señaló no tener actividad laboral (n=86).

Tabla 1. Características sociodemográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casado	62	51.7
	Soltero	7	5.8
	Viudo	35	29.2
	Divorciado	11	9.2
	Unión Libre	5	4.2
	Total	120	100
Escolaridad	Universidad	9	7.5
	Preparatoria	5	4.2
	Secundaria	21	17.5
	Primaria	58	48.3
	Alfabeto	9	7.5
	Analfabeto	18	15.0
	Total	120	100
Religión	Católica	88	73.3
	Protestante y Evangélica	16	13.3
	Otras	16	13.3
	Total	120	100
Actividad laboral	Ninguna	86	71.7
	Labores del hogar	16	13.3
	Empleado	17	14.2
	Profesionista	1	0.8
	Total	120	100

Tabla 2. Variables clínicas de los adultos mayores

		Frecuencia	Porcentaje
Clasificación IMC	Peso bajo	1	0.8
	Normal	28	23.3
	Sobrepeso	24	20.0
	Obesidad grado I	29	24.2
	Obesidad grado II	36	30.0
	Obesidad grado III	2	1.7
	Total	120	100.0
Tratamiento	Ninguno	5	4.2
	Farmacológico	19	15.8
	Farmacológico y dieta	60	50.0
	Farmacológico y ejercicio	4	3.3
	Farmacológico, dieta y ejercicio	28	23.3
	Dieta y ejercicio	3	2.5
	Dieta	1	0.8
	Total	120	100
Comorbilidades	Ninguna	32	26.7
	Hipertensión arterial	71	59.2
	Otras	17	14.2
	Total	120	100

En la tabla 2 se reportan los resultados de las variables clínicas, se determinó que los adultos mayores tuvieron un promedio de peso de 70.34 kg (± 12.7), la clasificación del índice de masa corporal (IMC) mostró que 56% presentaba

obesidad en sus diferentes grados ($n=67$). Al analizar la evolución de la DM2 se determinó una media de 15.06 (± 9) años, 50% de los pacientes tenía tratamiento farmacológico ($n=60$). Al examinar comorbilidades se determinó que 59.2% presentaban hipertensión arterial ($n=71$).

Al evaluar las dimensiones del cuestionario SF-36 se determinó que las dimensiones más afectadas fueron: el rol físico, la salud general, el rol emocional y la función física (tabla 3). En el análisis global de la calidad de vida se determinó una media de 56.1 puntos (± 24.5).

En cuanto al análisis de las dimensiones por sexo resalta que en cada una de las dimensiones la media fue menor en el sexo femenino, tal y como se observa en la tabla 4.

Tabla 3. Dimensiones de SF-36

Dimensión	Media	DE
Función física	46.54	30.48
Rol físico	41.45	45.08
Dolor corporal	58.18	25.57
Salud general	45.91	17.22
Vitalidad	61.83	27.57
Función social	70.83	26.49
Rol emocional	49.44	45.72
Salud mental	66.50	25.39

Tabla 4. Media de las dimensiones por sexo

Dimensión	Masculino		Femenino	
	Media	DE	Media	DE
Función física	51.20	30.86	42.17	29.70
Rol Físico	46.98	44.93	36.29	44.96
Dolor Corporal	62.45	24.82	54.19	25.81
Salud General	46.46	17.72	45.40	16.87
Vitalidad	69.82	27.24	54.35	25.93
Función social	76.93	23.39	65.12	25.62
Rol Emocional	58.62	44.28	40.86	45.73
Salud Mental	74.89	23.29	58.64	24.92

Tabla 5. Cuartiles (Q) del tiempo de evolución de DM2 y las dimensiones de calidad de vida

Dimensión	Q1		Q2		Q3	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Función física	39.69	32.13	50.17	31.36	47.25	26.54
Rol físico	29.54	43.05	43.30	46.09	50.80	44.00
Dolor corporal	55.07	27.75	58.57	26.05	60.80	22.57
Salud General	42.87	18.11	46.33	16.96	48.38	16.80
Vitalidad	51.36	27.10	68.03	24.35	61.77	30.86
Función social	60.22	25.08	74.10	24.98	76.20	28.20
Rol emocional	33.33	42.49	57.14	44.81	52.68	47.74
Salud mental	55.63	25.60	70.71	23.72	70.45	25.45

En la tabla 5 se presentan los cuartiles de la distribución del tiempo de evolución de DM2 a los 8, 15 y 21 años, así como la media de las dimensiones que integran la calidad de vida.

Al clasificar el estado de salud de los adultos mayores con diagnóstico de DM2 se determinó que 56.7% tiene mejor estado de salud ($n=68$) y 43.3%, tiene un peor estado de salud ($n=52$).

Discusión

Conocer la calidad de vida de los individuos con enfermedades crónicas como la DM2 es muy importante, debido a las implicaciones que esto conlleva en el manejo de la enfermedad. El presente estudio mostró que de acuerdo con la SF-36 se encuentran afectados los dominios de función física, rol físico, salud general y rol emocional, mientras que la principal comorbilidad asociada fue la hipertensión. Respecto al análisis de calidad de vida las dimensiones afectadas fueron consistentes a lo que reportan Zurita y cols.,¹⁴ quienes adicionalmente identificaron que los factores que influyen en la mala calidad de vida son el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación, así como la evolución de DM2. Se ha establecido que, en paralelo a esto, las comorbilidades y trastornos mentales influyen en la progresión de la enfermedad.

En un estudio realizado en adultos con DM2 que presentaban neuropatía dolorosa, se encontró que las dimensiones de la escala SF-36 afectadas por diversas comorbilidades fueron: depresión, obesidad e hipertensión entre otras más,¹⁵ sin embargo, en este estudio la comorbilidad que más impactó fue la hipertensión.

La calidad de vida de las mujeres en el presente estudio se vio más afectada

que en los hombres, esta información coincide con lo que reportan Altinok y cols.,¹⁶ por lo que se requiere realizar más investigaciones que analicen a detalle este fenómeno.

Un aspecto que es importante resaltar es que los dominios que definen la calidad de vida en relación con la salud se ven principalmente afectados en los primeros años de evolución de la enfermedad (tabla 5); mientras que a mayor tiempo de evolución, la percepción de una buena calidad de vida se incrementa, esto podría estar relacionado con un mayor apego al tratamiento y una mayor concientización de su propia enfermedad; Zioga y cols.¹⁷ han manifestado que la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas está estrechamente relacionada con la adherencia al tratamiento, así como con la realización de actividad física.^{18, 19}

Se ha demostrado que el uso de medicamentos en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas no guarda relación con la calidad de vida, por lo que si se quiere tener un impacto en la calidad de ésta, se tiene que contemplar no solo el aspecto terapéutico sino todas las esferas de acción en las que se desenvuelven los pacientes.²⁰

Se ha reportado que cuando coexisten enfermedades crónicas con depresión y ansiedad, la calidad de vida es baja en todas sus dimensiones en comparación con pacientes que no tienen padecimientos mentales,²¹ por lo que se les debe evaluar de manera integral para determinar qué otras variables afectan su calidad de vida.

El presente estudio puede presentar algunos sesgos o limitaciones debido a que solo se realizó en una unidad de primer nivel, se estudió una muestra

no probabilística y el muestreo fue por conveniencia, no obstante, la aportación de este trabajo se centró en definir la calidad de vida en un grupo etario que cada vez será más prevalente en la población mexicana, esto puede servir para generar estrategias de intervención que anticipen escenarios futuros.

Conclusiones

De las ocho dimensiones que integran la calidad de vida relacionadas con la salud, cuatro se encontraron afectadas en los adultos mayores con DM2, estas fueron: el rol físico, la salud general, el rol emocional y la función física, este panorama puede servir para generar estrategias de intervención centradas en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Referencias

1. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2018;41(1):13-27.
2. Guía de práctica clínica. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención [Internet] 2014 [Citado 2017 Junio 15]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf
3. Hernández Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso Novérón N. Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud pública de México*. 2013;55:129-36.
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados [Internet] 2016 [Citado 2017 Junio 15] Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
5. Arredondo A, De Icaza E. Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano. *Value in Health*. 2011;14(5):85-88.
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(2):74-105.
7. Elosua P. Valores subjetivos de las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(2):67-71.
8. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*. 2011;139(5):579-86.

9. Rizzuto D, Melis RJ, Angleman S, Qiu C, Marenghi A. Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017;65(5):1056-60.
10. Mapa Tassou C, Fezeu LK, Njoumeme Z, Lontchi-Yimagou E, Sobngwi E, Mbanya JC. Use of medical services and medicines attributable to type 2 diabetes care in Yaoundé, Cameroon: a cross sectional study. *BMC health services research*. 2017;17(1):262.
11. Herbert HL, Veluchamy A, Torrance N, Smith BH. Risk factors for neuropathic pain in diabetes mellitus. *Pain*. 2017;158(4):560-568.
12. Azzollini S, Bail Pupko V, Vodal V, Benvenuto A, Ferrer L. Diabetes tipo 2: Depresión, ansiedad y su relación con las estrategias de afrontamiento utilizados para la adhesión al tratamiento. *Anuario de investigaciones*. 2015;22:287-91.
13. Gore M, Brandenburg NA, Dukes E, Hoffman DL, Tai KS, Staycey B. Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. *Journal of pain and symptom management*. 2005;30(4): 374-85.
14. Zurita Cruz JN, Manuel Apolinar L, Arellano Flores ML, Gutiérrez González A, Nájera Ahumada AG, Cisneros González N. Health and quality of life outcomes impairment of quality of life in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):94.
15. Dobrota VD, Hrabac P, Skegro D, Smiljanic R, Dobrota S, Prkacin I y cols. The impact of neuropathic pain and other comorbidities on the quality of life in patients with diabetes. *Health and quality of life outcomes*. 2014;12(1):1.
16. Altinok A, Marakoglu K, Cetin Kargin N. Evaluation of quality of life and depression levels in individuals with type 2 diabetes. *J Family Med Prim Care*. 2016;5(2):302.
17. Zioga E, Kazakas K, Dimopoulos E, Koutras C, Marmara K, Marmara E y cols. Adherence and quality of life in patients with type II diabetes mellitus in northern Greece. *Materia socio-medica*. 2016;28(4):258.
18. Villarreal VMC, Loredó CP, Cuevas REL. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia UANL*. 2005;8(3):351.
19. Cascaes F, da Rosa Iop R, Valdivia BA, Barbosa F, da Silva R, Oliveira M y cols. Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. *Revista de psicología del deporte*. 2017;26(1):1.
20. Franco A, Cardona D. Calidad de vida de pacientes con enfermedad cardiovascular en un programa de seguimiento Farmacoterapéutico. *Revista Médica de Risaralda*. 2017;23(1):30-3.
21. López Nájera K, Acevedo Giles O, Hernández Hernández MA. Tratamiento integral en pacientes deprimidos o con ansiedad que padecen diabetes mellitus tipo 2. *Aten Fam*. 2018;25(3):97-102.