

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
EXTENSIÓN TACHIRA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL
POST GRADO DE MEDICINA INTERNA
SAN CRISTÓBAL – ESTADO TACHIRA.**

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL.**

AUTOR: Dra. Adayully Andrade V.

TUTOR: Dra. Adrianna Bettiol.

ASESOR: Dr. Jorge Vivas.

SAN CRISTOBAL, 2006.

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL.**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO DRA.
ADAYULLY ANDRADE V, C.I. 10.174.827, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MERITO
PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

AUTOR: Dra. ADAYULLY ANDRADE V.
MEDICO CIRUJANO.
RESIDENTE DE POST GRADO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL.
ESTADO TACHIRA.

TUTOR: DRA. ADRIANNA BETTIOL. MEDICO INTERNISTA. PROFESOR ASISTENTE DE LA CATEDRA DE CLÍNICA MÉDICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. EXTENSIÓN TÁCHIRA. PROFESOR DE POST GRADO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. COORDINADORA DE SUBCOMISION DE ESTUDIOS DE POST GRADO, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, EXTENSION TACHIRA. MÉDICO INTERNISTA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL. ESTADO TACHIRA.

ASESOR: DR. JORGE VIVAS. MÉDICO INTERNISTA. PROFESOR- COORDINADOR DE LA CATEDRA DE SEMIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, EXTENSION TACHIRA. PROFESOR DE POST GRADO DE MEDICINA INTERNA, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, EXTENSIÓN TÁCHIRA. COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DEL CENTRO DE CONTROL DE CÁNCER GASTROINTESTINAL “DR. LUIS E. ANDERSON”. SAN CRISTOBAL, ESTADO TÁCHIRA.

LUGAR DE REALIZACIÓN: HOSPITAL CENTRAL Dr. JOSÉ MARÍA VARGAS
SAN CRISTÓBAL ESTADO TÁCHIRA. VENEZUELA.

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA.

Dra. Adrianna Bettioli.

Dr. Jorge Vivas.

Dedicado a: Juan Diego.

www.bdigital.ula.ve

TABLA DE CONTENIDO:

	PAG
- RESUMEN	6
- ABSTRACT	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. MARCO TEÓRICO	10
3. JUSTIFICACIÓN	19
4. OBJETIVOS	22
5. SISTEMA DE VARIABLES	23
6. MATERIALES Y MÉTODOS	25
7. RESULTADOS	30
8. DISCUSIÓN	37
9. CONCLUSIONES	41
10. RECOMENDACIONES	43
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
12. ANEXOS	48
ANEXO N° 1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DIABETES MELLITUS (ADA,1995)	48
ANEXO N° 2. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	49
ANEXO N° 3. AUTORIZACIÓN	51
ANEXO N° 4. CUESTIONARIO SF- 36	52

RESUMEN

Objetivo: Determinar la Calidad de Vida de los pacientes Diabéticos tipo 2 en la Sala de Hospitalización Piso 3 ala Este de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal, a través del instrumento de medición SF-36.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo, que incluyó 162 pacientes diabéticos tipo 2, de acuerdo a criterios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), se aplicó el instrumento SF-36 previa autorización del paciente, con una base de datos y bajo el programa estadístico Epi-Info versión 2004. Se realizaron las determinaciones de Calidad de vida en la población estudiada.

Resultados: Población de 162 pacientes, sin diferencias significativas en cuanto al sexo, estado civil, con edad promedio de 59.22 ± 14.18 años. Las dimensiones más afectadas de la Calidad de Vida fueron la Función Física, Rol Físico, Salud General, Vitalidad y Dolor Corporal, estando en último lugar el Rol Emocional. La principal causa de hospitalización fue el pie diabético (51.23%) seguido de procesos infecciosos (12.34%). Las complicaciones crónicas macrovasculares los pacientes presentaron mayor tiempo de evolución de la DM-2 ($p=0.0119$) y más edad ($p=0.0165$) escalas de Rol Físico ($p=0,0051$) y Salud General ($p=0,0322$) y en menor proporción la Salud General, Vitalidad, Dolor Corporal y Función Social, y en las microvasculares la edad promedio de 59,79 años y el tiempo de evolución de la DM-2 fue de 11 años, se vieron afectadas las mismas escalas de Función Física ($p=0,0810$) y Rol Físico $p=0,0420$) en menor proporción la Salud General, Vitalidad, Dolor Corporal y Función Social. El 64.2% presentaban antecedentes de HTA.

Conclusión: La calidad de Vida estuvo mas afectada en la Función Física, Rol Físico, Salud General, Vitalidad, Dolor, Rol Físico y en último lugar el Rol emocional.

ABSTRACT

Objective: To determine the Quality of Life of the Diabetic patients type 2 in the Room of Hospitalization Floor 3 Internal Medicine wing This of the Central Hospital of San Cristóbal, through measuring instrument SF-36.

Materials and Methods: Prospectivo, observacional, cross-sectional and descriptive study, that included 162 diabetic patients type 2, according to criteria of the American Association of Diabetes (ADA), was applied instrument SF-36 to previous authorization of the patient, with a data base and under the statistical program Epi-Info version 2004. The determinations of Quality of life were made in the studied population.

Results: Population of 162 patients, without significant differences as far as sex, civil state, with age average of $59,22 \pm 14,18$ years. The affected dimensions more of the Quality of Life were the Physical Function, Physical Roll, General Health, Vitality and Corporal Pain, being last the Emotional Roll. The main cause of hospitalization was the Diabetic Foot (51,23%) followed of infectious processes (12,34%). The chronic complications macrovasculares the patients presented/displayed greater time of evolution of the DM-2 ($p=0.0119$) and more age ($p=0.0165$) scales of Physical Roll ($p=0,0051$) and General Health ($p=0,0322$) and in smaller proportion the General Health, Vitality, Corporal Pain and Social Function, and in microvasculares the age average of 59.79 years and the time of evolution of the DM-2 were of 11 years, were affected the same scales of Physical Function ($p=0,0810$) and Physical Roll $p=0,0420$) in smaller proportion the General Health, Vitality, Corporal Pain and Social Function. The 64,2% presented/displayed HTA antecedents.

Conclusion: The quality of Life showed more affecting in the Physical Function, Physical Roll, General Health, Vitality, Pain, Physical Roll and last the emotional Roll.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CV) se refiere a las circunstancias materiales, físicas y mentales adecuadas, y los sentimientos de satisfacción de la gente ante dichas circunstancias. La base fundamental de la calidad de vida, involucra a las interacciones reciprocas entre las personas y su medio ambiente.

El impacto producido por la introducción en la Medicina Clínica de instrumentos de medición de calidad de vida ha revolucionado el modo y la forma de tomar decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Estas mediciones constituyen elementos de valor para el clínico, en el proceso de seguimiento, evaluación de resultados y mejoría del pronóstico, sobre todo en el campo de las enfermedades crónicas.

Dentro de las enfermedades crónicas, cuyo curso y pronóstico ha cambiado en las últimas décadas con la implementación de medidas terapéuticas, que incluyen factores emocionales, sociales, psicológicos asociados con tratamiento medico, con el fin de obtener un buen control metabólico , disminuyendo por ende la aparición precoz de complicaciones se encuentra la Diabetes Mellitus. En el tratamiento de la Diabetes el objetivo principal es mantener la calidad de vida, debido a 2 razones, a saber: 1. La diabetes es una enfermedad crónica que no puede ser curada y puede ser compensada en la medida de prevenir complicaciones agudas y crónicas; 2. La baja calidad de vida y los problemas psicológicos ejercen generalmente efecto adverso directo sobre el control metabólico, por medio de reacciones hormonales ante el estrés e indirectamente por pobre aceptación de la enfermedad.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad muy compleja donde cada día se desarrollan nuevas terapias e intervenciones psicosociales y educativas en el tratamiento de la misma, por lo que se debe precisar ¿Qué efectos se logran en la Calidad de Vida de los pacientes Diabéticos tipo 2, al implementar estas medidas? Donde los cambios a nivel funcional como pérdida de la visión, enfermedad cardíaca o dolor crónico; a nivel social como limitaciones para las relaciones interpersonales y en el nivel psicológicos con cambios del humor, depresión y poca aceptación de la enfermedad. Todos estos cambios progresan de forma irreversible y han surgido en la literatura medica, publicaciones que involucran aspectos como estado de salud, relaciones sociales, restricciones alimentarias y afectación del estado físico.

El presente estudio esta dirigido a evaluar y conocer los cambios en la calidad de vida con instrumentos de medición validados y reproducidos al Castellano (SF-36) en el grupo de pacientes con criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 2 de acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes (ADA), admitidos en la sala de hospitalización 3 Este de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal.

MARCO TEÓRICO

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en el concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general ⁽¹⁾.

En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos del 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para un segundo momento contemplar elementos subjetivos ⁽²⁾.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocaría el proceso de diferenciación entre estos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia en tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la

primera revista monográfica de EEUU, “Social Indicators Research”, en 1974 y en “Sociological Abstracts” en 1979, contribuiría a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose en la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término. ⁽²⁾

El término de Calidad de Vida esta frecuentemente asociado a *indicadores sociales*, los esfuerzos para medir la calidad de vida comenzaron con el reporte de la comisión del Presidente Eisenhower de Metas Nacionales. Este reporte publicado en 1966 incluía una variedad de factores sociales y ambientales, tales como: educación, crecimiento económico, salud-bienestar y la defensa del mundo libre. Los estudios de calidad de vida se llevaron a cabo en el Instituto Americano de Investigación, resultaron de una conferencia en 1971, donde un consejo de Directores revisaron las actividades de los primeros 25 años de búsqueda y comenzaron a planear direcciones mayores para el futuro, resaltándose que era importante identificar la naturaleza de los determinantes de calidad de vida de los Americanos y usar esto como marco de referencia para seleccionar las metas en el futuro. ⁽³⁾

El término Calidad de Vida pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son necesariamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en que modo se ve afectada por la presencia de patología, desde el punto de vista del propio paciente. Esa valoración debe ser multidimensional y generalmente se acepta incluir al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social. ⁽²⁾

La evaluación de la calidad de Vida en años recientes aparece como una parte importante en la evaluación de la terapia farmacológica y del cuidado de la salud en general. Las técnicas de medición varían desde preguntas simples no calificadas,

hasta análisis estadísticos complejos de una amplia fluctuación de estilos de vida y actividades cotidianas⁽⁴⁾. Por ello se han elaborado diferentes cuestionarios en los que el objetivo es la medida de la “salud percibida” por el paciente, y cuya utilidad dependerá de su fiabilidad y validez, así como de las posibilidades de interpretación de los resultados desde la óptica clínica, psicológica y social.⁽⁵⁾

El concepto de calidad de vida es complejo y abarca muchas características del ambiente social y físico, así como la salud y el estado interno de los individuos. Existen aproximaciones a las mediciones de calidad de vida; uno, es basado en las percepciones subjetivas o internas de si mismo de la calidad de vida y la otra aproximación es objetiva y basada en los juicios externos de la calidad de vida.⁽⁶⁾

La calidad de vida desde el punto de vista médico, incluye un amplio espectro de dimensiones, entre estos: 1) Signos y síntomas de la enfermedad; 2) Ejecución de las actividades físicas del diario vivir; 3) Ejecución del rol social; 4) Estado emocional; 5) Funcionamiento intelectual; 6) Satisfacción general y percepción de sentirse bien.⁽⁷⁾

Se debe tomar en cuenta que el 80% de los recurso de salud en los Estados Unidos están dedicados al manejo e investigación de las enfermedades crónicas, como en las enfermedades cardiovasculares, observando un aumento en la sobrevida de la población, como sucede en la diabetes mellitus donde debido a un control más estricto multidisciplinario ha incrementado la sobrevida y menores complicaciones a corto y largo plazo.⁽⁸⁾

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica caracterizada por un desorden metabólico de etiología multifactorial, caracterizado por hiperglucemia crónica debida a la resistencia periférica a la insulina, disfunción secretora de esta hormona o ambas, lo

cual produce alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas y, en un plazo variable, lesiones macro y microvasculares, especialmente en ojos, riñón, nervios, corazón y vasos sanguíneos. ⁽⁹⁾ Para 1995, la ADA conformó un comité clasificándola en Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y 2 (DM2), diabetes gestacional y por otros tipos específicos donde se incluyen defecto genéticos de la función *B*, defectos genéticos en la acción insulínica, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, inducida por drogas, por infecciones, formas infrecuentes de diabetes autoinmune y otros síndromes genéticos asociados a diabetes. Los criterios diagnósticos son los síntomas clásicos más una determinación de glicemia plasmática igual o superior a 200 mg/dl realizada en cualquier momento del día, glicemia en ayunas igual o mayor de 126 mg/dl y glicemia igual o superior a 200 mg/dl a las dos horas durante la prueba de tolerancia glucosada oral (PTGO). ⁽⁹⁾

La diabetes mellitus constituye un problema de salud en el mundo, donde la prevalencia se estima en 4,2%, con una proporción general según el sexo, que estaría cercana a 12 mujeres por cada 10 hombres ⁽¹⁰⁾ ; la prevalencia para las Américas se estimó para el año 2000, con 35 millones de personas, en el grupo de adultos, con mayor prevalencia en mujeres, observándose que en las zonas urbanas es dos veces más elevada esta prevalencia que en las poblaciones rurales, con una relación inversa entre el nivel educacional de la población y el grado de afectación de la enfermedad y por supuesto en nuestro país, donde la cifra de prevalencia para el año 2000 estimada estuvo entre el 5,1 y el 6,0%, y la población estimada para el 2002, fue cercana a los veinticinco millones de habitantes. ⁽¹⁰⁾ Es importante destacar que en Venezuela ⁽¹⁰⁾ no se tienen sistemas de registro adecuados que representen la verdadera dimensión de la

situación de la diabetes mellitus; un millón de venezolanos cursa con esta enfermedad,. Al inicio de la misma numerosos casos no son diagnosticados a tiempo, evolucionando hasta presentar complicaciones con cambios en la calidad de vida del paciente a medida que progresa la enfermedad: 1- A nivel del funcionalismo físico, como pérdida de la visión, enfermedad cardíaca, problemas de erección y neuropatía periférica, resultando en dolor crónico, amputaciones o dificultad para caminar, disminuyendo las habilidades para desempeñarse por sí mismos ; 2- A nivel del funcionalismo psicológico, debido a las demandas del cuidado de los diabéticos, presentan cambios del humor, estando la mayoría de estos pacientes inconformes, crónicamente frustrados, con sensación de desesperanza, depresión y poca aceptación de la enfermedad; 3- A nivel del funcionalismo en el compromiso social, la diabetes afecta las relaciones interpersonales, debido a los cambios de hábitos, haciéndolos menos participativos, presentando cambios de conducta con las personas de su entorno. ⁽¹¹⁾

En 1948, la Organización Mundial de Salud (OMS) definió la salud como “no sólo la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, mental y social”, con lo cual este término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos que generen escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Actualmente, la Salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental, con la amplia naturaleza de un concepto que incluye el funcionamiento físico (habilidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria tales como el cuidado personal y el caminar), funcionamiento psicológico (bienestar emocional y mental), funcionamiento social (relaciones con otros y

participación en actividades sociales), y percepción del estado de salud, dolor y total satisfacción con la vida. ⁽¹²⁾

A partir de ese momento, la calidad de vida se ha convertido en un punto final aceptado en las pruebas de investigación clínica en años recientes, a medida que las experiencias y preferencias de los pacientes han crecido. La calidad de vida es de particular importancia donde las mediciones, pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación validados, reproducibles y confiables. ⁽¹²⁾

La evaluación de calidad de vida fue casi desconocida hasta hace 15 años atrás. En 1973 existían sólo 5 artículos en los catálogos internacionales que se referían a este tema, aumentando progresivamente de la siguiente manera 195, 273, 490 y 1252; actualmente más de 1000 artículos cada año son incluidos, por ejemplo, Cox y colaboradores demostraron en 1984, que factores estresantes como parte de la calidad de vida pueden influenciar en el paciente en alteraciones en el metabolismo de la glucosa y a su vez sobre el curso de la enfermedad, estos factores incluyeron que las responsabilidades en el desempeño del trabajo impiden atender todos los regímenes alimentarios y de ejercicios, complicando el estilo de vida de cada día. ⁽¹³⁾

En los inicios de 1980, se realizó el estudio, Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)⁽¹⁴⁾, utilizando un instrumento de Medición de Calidad de Vida en Diabéticos (DQOL), aplicándolo a pacientes con diabetes tipo 1, evaluando la carga relativa de un tratamiento intensivo de estos pacientes. Este instrumento tiene 46 items

(10 adicionales para adolescentes) y 4 dimensiones: satisfacción del tratamiento, impacto del tratamiento, preocupaciones sobre las complicaciones a largo plazo y sobre inclinaciones vocacionales y sociales. Los pacientes respondieron todos los items con valores de 1 y 5 puntos, significando el primero en ausencia de impacto, sin preocupaciones o siempre satisfechos; en sentido opuesto el puntaje de 5, significa siempre afectados, siempre preocupados y nunca satisfechos. ⁽¹⁵⁾

En 1994, Jacobson y colaboradores realizaron un estudio donde se evaluaron 2 tipos de mediciones de Calidad de Vida en diabéticos tipo 1 y 2, utilizando la Medición de Calidad de Vida (DQOL) ⁽¹⁶⁾ y el SF- 36, examinando los aspectos de confiabilidad, relación entre estas dos escalas y la influencia de las características clínicas de los pacientes tales como severidad y número de complicaciones, y las conclusiones del mismo fueron que el DQOL evidenció ser más sensible para estilos de vida y contiene más escalas orientadas para pacientes jóvenes, mientras que el SF-36 aporta más información sobre el estado funcional de salud. ⁽¹⁷⁾

En 1999, fue publicado un estudio longitudinal, del grupo UKPDS⁽¹⁸⁾ con el objetivo de determinar que la calidad de vida del paciente diabético tipo 2 la cual es afectada por complicaciones, más no por políticas intensas para mejorar la glicemia o en el control de la presión arterial, agrupando los pacientes en 2, uno con controles intensos de glicemia comparado con otros que recibían tratamiento convencional, el segundo grupo con un control estricto de presión arterial comparado con un grupo con tratamiento convencional, utilizando 2 cuestionarios el QOD y el cuestionario genérico (EQ5D) evaluó aspectos de salud general, demostrando entonces que en los pacientes con controles estrictos de glicemia y presión arterial se reducía el riesgo de

complicaciones mientras que los que ya tenían complicaciones macrovasculares y microvasculares tenían mas probabilidad de morir y por lo tanto peor calidad de vida con respecto al segundo. ⁽¹⁸⁾

Existen además otras escalas de medición como el Cuestionario de Stress en Pacientes con Diabetes (QSD-R), que contiene 45 items que describen situaciones estresantes comunes para personas con diabetes tipo 1 y 2. Este evalúa 8 dimensiones tiempo libre, trabajo, relaciones con los compañeros, relación médico-paciente, problemas con hipoglucemia, régimen de tratamiento, implicaciones físicas y preocupaciones sobre complicaciones crónicas. ⁽¹⁹⁾

Adicionalmente, la calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) ⁽²⁰⁾ tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones de los profesionales de la salud en el ámbito sanitario-asistencial. Su uso ha sido denominado como una medida centrada en el paciente, la cual, por un lado, mide la opinión de éstos respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social; y por el otro, ha sido tomada como una de las variables finales para evaluar la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones sanitario-asistenciales. Por lo tanto, su medición incorpora indicadores como los valores, experiencias vitales previas, creencias, etc, hasta la presencia de limitaciones físicas y cognitivas para el desarrollo de su vida diaria.

Considerando que existen múltiples escalas de medición de Calidad de Vida, se debe conocer el impacto de esta sobre los pacientes con Diabetes Mellitus 1 (DM1) y 2 (DM2), utilizando sistemas validados y reproducidos en idioma español, para así mostrar su

uso y afectación en los pacientes, por lo cual se utilizó para este estudio el instrumento de medición de calidad de vida SF-36, (cuestionario este que fue construido para representar ocho de los conceptos de salud más importantes, como son: Función Física, Rol Físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función Social, Rol emocional y Salud mental⁽¹⁷⁾) para medir conceptos genéricos de salud relevantes en los pacientes diabéticos tipo 2, hospitalizados en el Servicio 3 Este de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal, Venezuela.

www.bdigital.ula.ve

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es un problema de salud que afecta la Calidad de Vida de las personas, entre el 2 y el 5% de la población mundial de gran impacto socioeconómico, debido a la alta prevalencia con crecimiento imparable en todos los países del mundo incluyendo en Venezuela, donde se desarrollan complicaciones crónicas multisistémicas con muy alto costo para tratarlas. A nivel de salud pública las complicaciones crónicas de la diabetes presentan un balance desolador, es la principal causa de ceguera en personas entre 30 y 60 años, la mitad de los transplantes renales se realizan en diabéticos, un 25% de los pacientes de las unidades de diálisis son diabéticos, un 75% de las amputaciones no traumáticas se realizan en los diabéticos; los diabéticos presentan hasta un 40% más de probabilidad de presentar enfermedades cardiovasculares que la población no diabética y éstas son más severas y con mayor mortalidad, entre el compromiso psicológico se incluyen trastornos del humor y depresión, finalmente los compromisos del funcionalismo social se encuentran la incapacidad para relacionarse con familiares ⁽⁹⁾⁽²³⁾ También se menciona que el nivel educativo bajo de los pacientes con DM2 se correlaciona significativamente con el fracaso en la adherencia al tratamiento médico. ^{(10) (11)}. Asimismo, son las mujeres y las personas de edad mayor, que viven solas, sin seguridad social y bajo ingreso económico, quienes describen la más baja Calidad de Vida ⁽¹¹⁾.

Debido a esto es importante tener un control estricto de la enfermedad con la finalidad de evitar complicaciones a corto plazo y prolongar la vida de los pacientes, manteniendo una buena calidad de vida. Se utilizan generalmente mediciones

paraclínicas y clínica sobre la patología, sin embargo no son de todo el interés para los pacientes, debido a la poca aceptación de la enfermedad, desconocimiento de la misma o poca adherencia al tratamiento, dando esto información al médico; pero es de interés limitado para el paciente, sin correlacionarse esto con el hecho de sentirse bien y su capacidad funcional.

En cuanto a variables clínicas se han reportado como predictores de Calidad de Vida: tiempo de padecimiento de la enfermedad, presentar complicaciones relacionadas con la enfermedad, la inactividad física y llevar sólo tratamiento farmacológico como parte de atención médica.

En Venezuela los registros de prevalencia, morbilidad y mortalidad, no son acordes con la realidad, donde existen tres sistemas de registro, el Programa Nacional de Diabetes (PND), que funcionó desde el año 1975 hasta el año 1999; el Sistema EPI, con registro de consultas desde la Dirección de Vigilancia Epidemiológica, vigente desde 1996 y el Sistema Automatizado del Modelo de Atención Integral (SISMAI) en funcionamiento en los años 2000-2001. Debido a esto se considera que la morbilidad de la Diabetes Mellitus está lejos de representar la verdadera dimensión de la situación del país, donde no se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica óptimo y de calidad de la diabetes mellitus y sus factores de riesgo⁽⁹⁾.

Las mediciones de Calidad de Vida permiten evaluar el impacto de esta enfermedad crónica, creando la necesidad de obtener escalas de medición objetivas y de manera sistemática que abarquen el contexto emocional, social y de incapacidad física, por lo que en el presente estudio se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36, validado en versión española a través de diversos estudios de Alonso y

Colaboradores⁽¹⁸⁾ y desarrollado para medir conceptos genéricos de salud relevantes, para conocer la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 hospitalizados. Este estudio proveerá información sobre el impacto de la Calidad de Vida en los pacientes Diabéticos tipo 2, (DM2) lo cual nos permitirá en un futuro, lograr un manejo integral y adecuado en estos pacientes.

www.bdigital.ula.ve

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Calidad de Vida de los pacientes Diabéticos tipo 2 mayores de 18 años, internados en la Sala de Hospitalización piso 3 ala Este de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal, a través del instrumento de medición SF-36.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer a través del SF-36 el impacto en la Calidad de Vida de los pacientes diabéticos tipos 2.
2. Determinar el efecto de la diabetes sobre las actividades de la vida diaria de los pacientes diabéticos tipo 2.
3. Evaluar la calidad de vida en paciente diabéticos tipo 2 sobre el Funcionalismo y desempeño social.
4. Determinar el compromiso de la diabetes sobre el funcionalismo psicológico y de las relaciones familiares en los pacientes diabéticos tipos 2.
5. Determinar el efecto de las complicaciones micro y macrovasculares en pacientes diabéticos tipo 2, sobre su calidad de vida.
6. Evidenciar las alteraciones de la Calidad de Vida según el SF-36 en pacientes Diabéticos tipo 2.
7. Determinar las alteraciones de la Calidad de Vida según el SF-36, tomando en cuenta el tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 y la distribución según el sexo.

SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Diabetes Mellitus 2, definida como una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de los niveles de glucosa sanguínea causado por alteraciones en la secreción de la insulina, de su acción o de ambos, con criterios diagnósticos de acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes,(ADA) (1995).

VARIABLE DEPENDIENTE

Alteración de la Calidad de Vida: entendida como las características del ambiente social y físico, así como de la salud y el estado interno del individuo; cuantificada a través de los resultados del Cuestionario de Salud SF-36.

Será categorizado como:

- 1.- Mejor Calidad de Vida: Mayor de 60 puntos.
- 2.- Peor Calidad de Vida: Menor de 60 puntos.

VARIABLES INTERVINIENTES

1. **Sexo:** conjunto de característica que diferencian el macho de la hembra; categorizado como:

- 1.- Masculino.
- 2.- Femenino.

2. **Grupos etáreos:** es el tiempo transcurrido desde el nacimiento expresado en años: a. 18 hasta 25 años

- b. 26 hasta 33 años.
- c. 34 hasta 41 años.
- d. 42 hasta 49 años.
- e. 50 hasta 58 años.
- f. 59 hasta 65 años.
- g. 66 hasta 73 años.

3. **Tiempo de evolución de la enfermedad:** es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad, hasta la fecha actual, en meses o años.

4. **Complicaciones crónicas micro y macrovasculares de los pacientes:** son los cambios que se afectan en la micro y macrocirculación. Complicaciones Microvasculares: Retinopatía, Neuropatía y Nefropatía Diabética y Complicaciones Macrovasculares: Cardiopatía isquémica crónica y enfermedad arterial periférica. Categorizado esto como:

- 1- Presente.
- 2- Ausente.

5. **Problemas de salud asociados a la Diabetes Mellitus como HTA, Cardiopatía isquémica, ACV, amputaciones:** son todas las complicaciones de la diabetes, que incrementan el riesgo de mayor mortalidad en los pacientes diabéticos, categorizados como:

- 1. Hipertensión Arterial (HTA).
- 2. Cardiopatía Isquémica.
- 3. Accidente Cerebro Vascular (ACV).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, transversal, descriptivo, seleccionando como muestra de estudio a todos los pacientes ingresados en la Sala 3 Este, de Hospitalización de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, de acuerdo a los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), según revisión de 1995. ⁽⁹⁾ (Anexo 1)

Los criterios de inclusión fueron:

1. Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de acuerdo a los criterios de la ADA, ingresados a la Sala de Hospitalización 3 Este de Medicina Interna del Hospital Central de San Cristóbal.
2. Ambos sexos y grupo étnico indiferente.
3. Saber hablar, leer y escribir el Español.
4. Estar residenciados en el Estado Táchira.

Los criterios de exclusión son:

1. Pacientes menores de 18 años.
2. Pacientes en coma, con enfermedades mentales o neurológicas.

Se elaboró una ficha de recolección de datos con el nombre, edad, sexo, procedencia, dirección, teléfono, fecha del diagnóstico de la enfermedad, criterios de

Diabetes y complicaciones agudas o crónicas de la enfermedad, motivo de consulta y tratamiento recibido (Anexo N° 2).

Luego de seleccionar el grupo de pacientes, tomando los datos de la historia clínica, el entrevistador principal les explicó la finalidad del estudio, solicitando además su colaboración para la realización del mismo, donde el paciente debía firmar el consentimiento para la aplicación del instrumento (Anexo N° 3). Una vez que cada paciente aceptó voluntariamente a ingresar al estudio, se procedió a llenar la ficha de recolección de datos (Anexo N° 2) y a la aplicación del instrumento de medición de Calidad de Vida SF-36, (Anexo N° 4) estando ya 48 horas en la Sala de Hospitalización 3-Este en horario vespertino.

El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Salud SF-36,⁽¹⁸⁾ que consiste en una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, donde 36 preguntas pretenden medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional, que fue desarrollado durante el *Medical Outcomes Study* (MOS), ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *International Quality of life Assesment (IQOLA) Evaluación internacional de la calidad de vida*. Validado en versiones donde se hicieron retrotraducciones que fueron comparadas con la versión original y se realizó un estudio piloto en países como Alemania, Australia, Canadá, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia⁽³⁾.

El SF-36 mide los siguientes componentes en el estado de salud:

1. Función Física (PF): grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos, incluye 10 ítem y 21 número de niveles.
2. Rol Físico (RP): grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas, incluye 4 ítem y 5 niveles.
3. Dolor Corporal (BP): La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de la casa como en el hogar, incluye 2 ítem y 11 niveles.
4. Salud General (GH): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse, incluye 5 ítem y 21 niveles.
5. Vitalidad (VT): sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento, incluye 4 ítem y 21 niveles.
6. Función Social (SF): grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social o habitual, incluye 2 ítem y 9 niveles.
7. Rol Emocional (RE): grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar, incluye 3 ítem y 4 niveles.

8. Salud Mental (MH): salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.
- Evolución Declarada de la Salud (HT): valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás, incluye 1 ítem y 5 niveles.

Una vez recopilados todos los datos y aplicado el cuestionario a cada sujeto ingresado al estudio, se procedió a la transcripción de la información de la ficha de recolección de datos en una base de datos ideada para tal fin, en el programa estadístico Epi-Info versión 2004 y los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva (porcentajes, medias y DE)

Los datos obtenidos de los cuestionarios SF-36 fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS, de acuerdo al manual de puntuación de la versión española del cuestionario SF-36 ⁽¹⁸⁾. que especifica la importancia de la estandarización para la puntuación del SF-36 (los ítems y las escalas del SF-36 están puntuadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud) y recomiendan utilizar el software disponible para computador (SPSS), que procesa los datos introducidos de la siguiente manera: 1) Recodificación de los valores fuera de recorrido como ausentes, 2) Invertir la puntuación y/o recalibrar puntuaciones para 10 de los ítems, 3) Recodificar las respuestas ausentes con sustitución de medidas (donde este justificado), 4) Calcular las puntuaciones de las escalas cruda, 5) Transformar las puntuaciones de las escalas crudas en una escala de 0-100 y 6) Comprobar las puntuaciones.

Se realizaron análisis de estadística descriptiva (puntaje mínimo, puntaje máximo, media y desviación estándar) para cada una de las escalas del SF-36 y de estadística inferencial (ANOVA y Kruskal-Wallis) para diferencia entre grupos.

www.bdigital.ula.ve

RESULTADOS

Durante el tiempo comprendido entre el Primero de Junio del año 2004 hasta el 30 de Marzo del año 2005, ingresaron 162 pacientes diabéticos a la Sala de Hospitalización 3 Este del Hospital Central de San Cristóbal, que fueron incluidos en su totalidad al estudio, por voluntad propia.

De estos 162 pacientes, el 50.60% (n=82) correspondió al sexo masculino y el 49.4% (n=80) al sexo femenino, con una edad promedio de 59.22 ± 14.18 años (1DE), y un tiempo de evolución de la DM2 de 11.53 ± 7.91 años (1 DE). El 49.4% eran solteros y el 34.6% se encontraban casados. En cuanto a antecedentes personales, el 64.2% presentaban antecedentes de HTA y el 3.70% (n=6) de Infarto al Miocardio.(Ver Tabla N° 1)

Tabla N° 1. Características demográficas y clínicas de la población total ingresada al estudio.

CARACTERÍSTICAS	n	%
Sexo:		
Femenino	80	49.40
Masculino	82	50.60
Edad: \bar{x} 59.22 \pm 14.18 años		
Tiempo Evolución de DM2: \bar{x} 11.53 \pm 7.91		
Estado Civil:		
Casado	56	34.6
Concubino	0	0
Divorciado	9	5.6
Soltero	80	49.4
Viudo	17	10.5
Antecedentes personales:		
HTA	104	64.19
IM	6	3.70
ACV	2	1.23

El 65.43% de los pacientes recibieron tratamiento no farmacológico para la DM2, mientras que el 69.75% del total de pacientes recibían tratamiento farmacológico, en su mayoría Sulfonilureas (54.86 %), seguido de Insulina NPH (22.12%), como se observa en la Tabla N° 2, resaltando que el 56.09% de los pacientes recibieron tanto tratamiento no farmacológico como farmacológico para la DM2.

Tabla N° 2. Tratamiento recibido por parte de la población total ingresada en el estudio.

CARACTERÍSTICAS	n	%
Tratamiento no farmacológico	106	65.43
Tratamiento farmacológico:	113	69.75
Biguanidas	17	15.04
Insulina NPH	25	22.12
Insulina mixta	03	2.65
Sulfonilureas	62	54.86
Mixto (sulfonilureas más biguanidas)	06	5.30

Al evaluar las causas de hospitalización de los pacientes que ingresaron al estudio, se evidenció que la principal causa fue el pie diabético (51.23%) en sus diferentes grados, seguido de procesos infecciosos (12.34%) y neuropatía diabética (9.25%), como se muestra en la Tabla N° 3.

En cuanto a las complicaciones propias de la DM2, de los pacientes que ingresaron al estudio, se pudo determinar que solo el 4.93 % de estos presentaron complicaciones agudas, mientras que el 96.29 % de los pacientes presentaron complicaciones crónicas, predominando las complicaciones microvasculares (95.67%), como se muestra en la Tabla N° 4.

Tabla Nº 3. Causas de Hospitalización de la población total ingresada al estudio.

Causas de Hospitalización	n	%
Pie Diabético	83	51.23
Infecciones	20	12.34
Neuropatía Diabética	15	9.25
Otras causas	13	8.02
ACV	11	6.79
Estado Hiperosmolar	07	4.32
Cardiopatía Isquémica aguda	04	2.46
Hipoglicemia	04	2.46
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	03	1.85
Insuficiencia Arterial de Miembros Inferiores	02	1.23

Tabla Nº 4. Complicaciones agudas y crónicas propias de la DM2 en la población total ingresada al estudio.

COMPLICACIONES	n	%
Agudas:	8	4.93
Estado Hiperosmolar	7	87.5 (4.32)*
Hipoglicemia	1	12.5 (0.61%)*
Crónicas:	156	96.29
Macroangiopatía:	71	45.51 (43.82)*
Cardiopatía isquémica	21	13.46 (12.96)*
Enfermedad Arterial Periférica	56	35.89 (34.56)*
Microangiopatía:	155	95.67
Retinopatía Diabética	148	95.48 (91.35)*
Neuropatía Periférica	145	89.50 (55.24)*
Nefropatía Diabética	127	78.39 (78.39)*

* % sobre la población total ingresada al estudio

Al evaluar la calidad de vida de los pacientes diabéticos que ingresaron al estudio, se observó un deterioro de la misma en todas las dimensiones que evalúa el cuestionario de salud SF-36, destacándose que las dimensiones menos afectadas correspondieron a las de Salud Mental y Rol Emocional Y Función Social, mientras que las dimensiones más afectadas correspondieron a las dimensiones de Función Física, Rol Físico, Salud General, Vitalidad y Dolor Corporal, como se muestra en la Tabla N° 5.

Tabla N° 5. Resultados del Cuestionario de Salud SF-36 en la población total ingresada al estudio.

DIMENSIONES SF-36	X	DE	MIN	MAX
FUNCIÓN FISICA	29.56	23.92	0	100
ROL FÍSICO	38.27	39.42	0	100
DOLOR CORPORAL	45.61	21.98	0	100
SALUD GENERAL	40.84	20.08	5	92
VITALIDAD	42.43	16.44	0	95
FUNCIÓN SOCIAL	47.53	19.34	0	100
ROL EMOCIONAL	52.69	43.44	0	100
SALUD MENTAL	56.69	17.07	16	96

Al determinar la calidad de vida en los pacientes diabéticos de acuerdo a la presencia o ausencia de complicaciones macrovasculares, se evidenció (Tabla N° 6) que la calidad de vida se encuentra más deteriorada en aquellos pacientes que presentan complicaciones macrovasculares que en aquellos que no las presentan, siendo esta diferencia estadísticamente significativa solo en las dimensiones de Rol

Físico ($p= 0.0051$) y Salud General ($p= 0.0322$). Así mismo, se encontró que los pacientes con complicaciones macrovasculares tenían mayor edad que los que no las presentaban ($p=0.0092$) y mayor tiempo de evolución de la Diabetes ($p=0.0051$), no demostrándose diferencia estadísticamente significativa en cuanto al sexo.

Tabla Nº 6. Resultados del cuestionario SF-36 de acuerdo a las características demográficas de la población total ingresada al estudio y a la presencia o no de complicaciones crónicas macrovasculares.

CARACTERÍSTICAS	COMPLICACIONES MACROVASCULARES		p
	PRESENTE	AUSENTE	
N	71	91	0.0274*
SEXO:			
FEMENINO	32	48	0.3321
MASCULINO	39	43	
EDAD (años)	62.49 ± 13.07	56.68 ± 14.55	0.0092*
TIEMPO EVOLUCIÓN DM2 (m)	162.26±100.85	119.87 ± 86.27	0.0051*
DIMENSIONES SF-36:			
FUNCIÓN FÍSICA	26.61 ± 22.16	31.86 ± 25.08	0.1666
ROL FÍSICO	28.52 ± 36.42	47.87 ± 40.18	0.0051*
DOLOR CORPORAL	43.88 ± 21.51	46.95 ± 22.37	0.3798
SALUD GENERAL	37.02 ± 18.14	43.82 ± 21.10	0.0322*
VITALIDAD	39.85 ± 16.34	44.45 ± 16.33	0.0779
FUNCIÓN SOCIAL	44.71 ± 18.85	49.72 ± 19.54	0.1023
ROL EMOCIONAL	47.42 ± 42.79	56.79 ± 43.74	0.1739
SALUD MENTAL	56.91 ± 16.06	58.86 ± 17.59	0.0668

* $p<0.05$

En cuanto a las complicaciones microvasculares, se encontró que los pacientes que las presentaban tenían mayor tiempo de evolución de la DM ($p=0.0119$) y tenían más edad ($p=0.0165$) que aquellos pacientes que no las presentaban; resaltando que la mayoría de los pacientes tenían complicaciones microvasculares ($p= 0.000$). La calidad de vida se encontró más comprometida en los pacientes con complicaciones microvasculares con respecto a los que no las tenían, especialmente en cuanto al Rol Físico, como se muestra en la Tabla N° 7.

Tabla N° 7. Resultados del cuestionario SF-36 de acuerdo a las características demográficas de la población total ingresada al estudio y a la presencia o no de complicaciones crónicas microvasculares.

CARACTERÍSTICAS	COMPLICACIONES MICROVASCULARES		p
	PRESENTE	AUSENTE	
N	155	7	0.0000*
SEXO:			
FEMENINO	79	1	0.05759
MASCULINO	76	6	
EDAD (años) (DE)	59.79 ± 13.81	46.71 ± 17.45	0.0165*
TIEMPO EVOLUCIÓN DM2 (m)	142 ± 94.79	50.57 ± 45.14	0.0119*
DIMENSIONES SF-36:			
FUNCIÓN FÍSICA	28.87 ± 23.75	45.00 ± 24.15	0.0810
ROL FÍSICO	36.93 ± 38.99	67.85 ± 40.08	0.0420*
DOLOR CORPORAL	45.41 ± 21.35	49.85 ± 35.36	0.6030
SALUD GENERAL	40.20 ± 19.64	55.14 ± 26.00	0.0539
VITALIDAD	41.96 ± 16.34	52.85 ± 16.54	0.0867
FUNCIÓN SOCIAL	46.93 ± 18.86	60.71 ± 26.44	0.0651
ROL EMOCIONAL	52.49 ± 43.64	57.14 ± 41.78	0.7827
SALUD MENTAL	56.70 ± 16.93	56.57 ± 21.34	0.9841

* $p<0.05$

Como se observa en la Tabla N° 8., la calidad de vida en los pacientes que no presentaban complicaciones crónicas estaba más preservada que en los pacientes que si presentaban complicaciones crónicas, resaltando que la mayoría de los pacientes las presentaban ($p=0.0000$). En los pacientes que presentaban complicaciones crónicas, la calidad de vida se mostró deteriorada en todas las dimensiones del cuestionario SF-36, pero sobre todo en las dimensiones de Función Física ($p=0.020$), Rol Físico ($p=0.0092$), Salud General ($p= 0.0118$) y Función Social ($p=0.0058$), mientras que la dimensión Salud Mental y Rol Emocional no mostraron mayor deterioro.

Tabla N° 8. Resultados del cuestionario SF-36 de acuerdo a las características demográficas de la población total ingresada al estudio y a la presencia o no de complicaciones crónicas.

CARACTERÍSTICAS	COMPLICACIONES CRÓNICAS (MACRO Y MICROVASCULARES)		P
	PRESENTE	AUSENTE	
N	156	67	0.0000*
DIMENSIONES SF-36:			
FUNCIÓN FÍSICA	28.71 ± 23.75	51.66 ± 18.07	0.020*
ROL FÍSICO	36.69 ± 38.98	79.16 ± 29.22	0.0092*
DOLOR CORPORAL	45.26 ± 21.37	54.66 ± 34.14	0.3054
SALUD GENERAL	40.07 ± 19.64	61.00 ± 22.87	0.0118*
VITALIDAD	41.98 ± 16.29	54.16 ± 17.72	0.0750
FUNCIÓN SOCIAL	46.71 ± 19.00	68.75 ± 17.23	0.0058*
ROL EMOCIONAL	52.15 ± 43.70	66.66 ± 36.51	0.4328
SALUD MENTAL	56.51 ± 17.04	61.33 ± 18.87	0.4996

* $p<0.05$

DISCUSION

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) se presenta como uno de los principales problemas que demandan servicios por ser una enfermedad cronicodegenerativas, siendo una de las principales causas de morbilidad con serias repercusiones en la Calidad de Vida de estos pacientes y el propósito de este estudio fue medir el nivel de Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes tipo 2 mediante el instrumento SF 36⁽¹⁸⁾ de probada validez en muestras heterogeneas de individuos y en pacientes diabéticos⁽¹⁷⁾

Los sujetos participantes en la investigación fueron homogéneos en cuanto a características de sexo, el 50.60% (n=82) correspondió al sexo masculino y el 49.4% (n=80) al sexo femenino, difiriendo esto con los estudios publicados por UKPDS 40 donde la mayoría de los sujetos estudiados pertenecen al sexo femenino, que puede ser debido a que las mujeres acuden mas a consulta médica, bien por algún motivo relacionado con ella mismas o por alguna otra circunstancia procedente de otro miembro de su familia⁽²⁷⁾.

La edad comprendida fue de 59.22 ± 14.18 años, con una estrecha relación con la Evolución de la enfermedad, siendo importante mencionar que fue de $11,53 \pm 7,91$ años, oscilando desde 2 hasta 18 años del diagnostico, en la mayoría de los casos y a mayor edad mayores son las complicaciones y peor calidad de vida, coincidiendo esto con el estudio de Marquina-Rivera y colaboradores en el estudio de Factores de riesgo asociado a enfermedad vascular periférica en pacientes con diabetes tipo 2⁽²⁹⁾, donde

se demostró que existe mayores complicaciones micro y macroangiopático a mayor edad y tiempo de evolución de la diabetes en la población estudiada. López Carmona y Rodríguez⁽²⁴⁾ demostraron en sujetos con cinco o menos años del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), teniendo menor afectación de la calidad de vida con una percepción de menor gravedad de la diabetes, en comparación con aquellos con conocimiento de su enfermedad entre 6 y 10 años o mas de 10 años, mostrando deterioro progresivo y gradual con el avance de la enfermedad.

Además se obtuvo un grupo pequeño de pacientes que fueron de recién diagnóstico cuando entraron al estudio por lo cual no se precisaron algunos datos de importancia en la ficha de recolección de datos como son las complicaciones micro y macrovasculares.

Como era de esperarse se encontró entre los antecedentes la Hipertensión Arterial, siendo en esta población un factor de riesgo importante, demostrado esto según el estudio UKPDS 37⁽¹⁸⁾ donde determinaron que la calidad de vida del paciente diabético tipo 2 es afectada por sus complicaciones, más no por políticas intensas para mejorar la glicemia o en el control de la presión arterial, demostrando que en los pacientes con controles estrictos de glicemia y presión arterial se reducía el riesgo de complicaciones mientras que los que ya tenían complicaciones macrovasculares y microvasculares tenían mas probabilidad de morir y por lo tanto peor calidad de vida.

En la distribución de fármacos utilizados para la diabetes, destacó como primer grupo farmacológico usado las Sulfonilureas (54.86%), en segundo lugar la insulina NPH (22.12%). Seguido de estos dos grupos farmacológicos se encontraron las biguanidas, este resultado es equiparable a los obtenidos en los trabajos de García y Colaboradores en la descripción de una población que asocia cuatro factores de riesgo

cardiovascular y su relación con la insulinemia basal⁽²⁹⁾, como también en los estudios de Oliveira y Colaboradores donde estudiaron los factores que influyen en la prescripción de insulinas y antidiabéticos orales en grupos de pacientes de atención primaria⁽³⁰⁾. Sin embargo, este aspecto no mostró influencia en la calidad de vida del paciente a pesar que el grupo estudiado estaba hospitalizado y recibía insulina por sus complicaciones de la diabetes mellitus.

Las dimensiones más adversamente afectadas de la Calidad de Vida fueron la Función Física ($p < 0,020$) esto puede deberse no sólo al pie diabético como primer motivo de consulta (51,23%), sino a las complicaciones que lleva, limitando la actividad física que usualmente es en forma individual, tomando en cuenta la edad, clínica y severidad de complicaciones. Seguida esta categoría por el Rol Físico ($p < 0,0092$) ya que la salud física interfiere en el desempeño de su trabajo, lo que coincide con los resultados de otros estudios similares como lo es el de Moreno⁽³⁰⁾ quien estudio la calidad de vida en pacientes diabético en diálisis, demostrando que cifras cercanas a las dos terceras partes de los pacientes en diálisis no vuelven al trabajo que realizaban antes del inicio de la enfermedad.

En cuanto a la percepción de la Salud General informada por estos pacientes, se aprecia que la autovaloración realizada de su situación personal respecto a las perspectivas de su salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es regular a baja, lo que es comprensible por la experiencia que están viviendo actualmente.

La Vitalidad y el Dolor Corporal se relacionan con las complicaciones crónicas que sufren estos pacientes, como son trastornos cardiovasculares, dolor, calambres

musculares en extremidades inferiores, dolor abdominal y cefalea, teniendo estrecha relación con la categoría mencionada anteriormente.

Estando en último lugar el Rol Emocional y Salud Mental se pudo observar que la gran mayoría de los pacientes no habían cambiado sus redes sociales al surgir la enfermedad, donde forma parte importante la familia, considerada como red de apoyo social, constituyendo el pilar fundamental de apoyo al paciente con enfermedad crónica⁽³¹⁾. En el estudio realizado por Watkins y colaboradores⁽²⁶⁾, se evidenciaron mayor prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus, asociado a episodios de infarto al miocardio previo, que en pacientes diabéticos sin enfermedad cardiovascular, con disminución de la calidad de vida, llevando esto a hospitalizaciones frecuentes y el incremento de la mortalidad.

La repercusión que la enfermedad microvascular expreso en la calidad de vida fue en el rol físico, mostrando significancia estadística, esta percepción de incapacidad al trabajo estuvo mostrada también como parte del p^{ie} diabético, patología micro y macrovascular de mayor prevalencia, en este aspecto nuevamente tiene una correlación con la edad y el tiempo de evolución de su diabetes, con edad promedio de 59,79 años, siendo menor que en las macroangiopáticas y el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 11 años. Los aspectos evaluados como función física, rol emocional, salud mental y función social. no mostraron significación estadística en el deterioro de la calidad de vida.

Para las complicaciones macrovasculares se encontraron diferencias en los pacientes en este grupo, ya que tenían mayor edad con promedio de 62, 49 años y mayor tiempo de evolución de la enfermedad con promedio de 13 años, ocupando la Retinopatía y la

Neuropatía diabética los primeros lugares, ocasionado por el daño vascular progresivo y acelerado de los pacientes diabéticos, afectando también la Rol Físico y Salud General, esto fue explicado por López y Salgado⁽²⁵⁾ donde los pacientes con mayor daño vascular tuvieron un promedio mayor de edad, con tiempo de evolución prolongado, que se manifiesta en la disminución de su capacidad funcional para actividades laborales o de su entorno inmediato.

Algunas limitaciones de este estudio son que los pacientes fueron seleccionados en una sola Sala de Hospitalización y únicamente quienes estaban hospitalizados, sin tomar en cuenta a todo el universo de pacientes que acudían al Hospital Central de San Cristóbal, lo cual puede ocasionar un sesgo de selección; la población participante estuvo formada por pacientes que saben leer, escribir y son capaces de comprender el instrumento (la cual es un requisito para la aplicación de instrumentos de autoadministración); la información sobre las complicaciones diabéticas y de comorbilidad estuvo basada en los registros de expedientes y no se determinó su severidad, lo cual también puede originar sesgos. Otro factor por considerar es que el estudio fue transversal, lo que impide efectuar inferencias causales, por lo que requiere de nuevos estudios longitudinales para corroborar los hallazgos encontrados, así como para definir la sensibilidad al aplicar nuevamente el instrumento SF-36, que permita identificar modificaciones en la Calidad de Vida de estos pacientes, sea por la evolución propia del padecimiento o bien como resultado de maniobras específicas de intervención.

CONCLUSIONES

- El Instrumento de calidad de Vida SF-36 es fácil de administrar en pacientes diabéticos tipo 2, para adquirir información de diferentes aspectos psicológicos y de bienestar. Con un acercamiento integral a los pacientes con DM-2 en relación con la sintomatología y sus complicaciones.
- Las escalas que presentaron mayor porcentaje de deterioro de la Calidad de Vida fueron la Función Física, Rol Físico, Salud General, Vitalidad y Dolor Corporal, ocupando menor proporción el Rol emocional y Función Social.
- La población fue homogénea sin diferencias significativas en cuanto al sexo, estado civil y edad de los pacientes.
- La mayoría de los pacientes estudiados con el Diabetes Mellitus tipo 2 fueron mayores de 50 años, con tiempo de evolución desde del primer diagnóstico de 11,5 años.
- La función física y Rol físico ocuparon la principal afectación en el grupo de pacientes con complicaciones microangiopáticas, mientras que en las macroangiopática fue la Función Física y Salud General expresándose en manifestaciones de inconformidad y limitaciones físicas, con una diferencia importante en mayor edad del paciente y tiempo de evolución de la enfermedad, a mayor tiempo de evolución peor calidad de vida.

- El principal motivo de consulta fue el pie diabético con aceptación progresiva de la limitación física por lo cual no intervino directamente en el rol emocional.
- El cuestionario SF-36 está diseñado para un tiempo de aplicación corta, fácil de manejar de difícil interpretación, con un proceso de validación completo. Por todo esto puede ayudar al personal de la salud en la toma de decisiones sobre posible cambios en la relación interpersonal paciente-trabajador de la salud, en el tratamiento, para ofrecer mayor bienestar y Calidad de Vida al paciente.
- Las limitaciones de este estudio fue que se realizo en una sala de Hospitalización, tan sólo al ingreso y sería interesante administrarla al mismo paciente en Consulta Ambulatoria para determinar si hay variaciones en su Calidad de Vida al cambiar el entorno y patología aguda en él.

www.bdigital.ula.ve

RECOMENDACIONES

- Debido al gran volumen de pacientes hospitalizados por cualquier complicación propia de la diabetes, se hace necesario aplicar de forma periódica instrumentos de medición de Calidad de Vida con la finalidad de ayudar a disminuir el deterioro de la misma con programas de apoyo durante su estancia hospitalaria y luego ambulatoria, para su beneficio y el de sus familiares.
- Es conveniente considerar la integración de forma interdisciplinaria por parte de enfermeras, médicos y psicólogos, para instrumentar programas preventivos que incidan en el deterioro de la calidad de vida en paciente diabéticos tipo 2.
- Por la alta frecuencia de el antecedente de HTA en los pacientes con diabetes tipo 2 (DM-2), siendo estos dos criterios para el Síndrome Metabólico se deberían implementar medidas de control o diagnóstico precoz en los pacientes hospitalizados.
- Se debería estudiar las complicaciones macrovasculares que tienen mayor prevalencia en el sexo masculino, como la disfunción eréctil, ya que esta causa un gran impacto psicológico en el paciente deteriorando de forma precoz su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Vela,M; Sabeh, E. Calidad de Vida, Evolución del Concepto y su influencia en la Investigación y la Práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
2. Asociación de la Sociedad Española, Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Cuestionarios de Salud. Febrero 1998.
3. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 1992;1:349-351.
4. Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997;278:47-50.
5. Bamet, D. Assesment of Quality of life. *The American Journal of Cardiology*. May 6.1991.41C-44C.
6. Jette,A. Using Health-Related Quality of life Measures in Physical Outcomes Research. *Physical Therapy*. Aug 1993, (73)8:528-537.
7. Hawkins,D; Pharm, J; et al. National Pharmacy Cardiovascular Council Treatment Guidelines for the Management of type 2 Diabetes Mellitus: Toward Better Patient Outcomes and New Roles for Pharmacist. *Pharmacotherapy* 22(4):436-444,2002.
8. Velez H, Rojas W, Borreto J. Fundamentos de Medicina. Endocrinología. Quinta Edición. *Diabetes-Colombia*:230-275.
9. Consenso Venezolano de Diabetes, Mayo 2003, Venezuela:36-38.
10. Cairney J, Wade TJ, Correlate of body weight en the 1994 National Population Health Survey. *Inter J Metabol Dis* 1998;22 (6):584-591.

11. Polly KR. *The relationship between health beliefs, adherence, and metabol control of diabetes*. USA: Public Health Reports, 1994.
12. Gill, T, M., Feintein, A, R. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272:619-2
13. Velarde-Jurado,E; Avila-Figueroa,C. Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública de México*, volumen 44, 4, Julio-Agosto 2002.
14. Calidad de Vida y Salud: problemas actuales en su investigación. <http://www.geocities.com/alapsacol/art02.html>
13. Quality of life and clinical trials. *Lancet* 1995;346:1-2
15. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1988). Sounding board: Are continuing studies of metabolic control and microvascular complications in insulin dependent diabetes mellitus justified? *The New England Journal of Medicine*, 318, 246-250
16. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1988). Sounding board: Are continuing studies of metabolic control and microvascular complications in insulin dependent diabetes mellitus justified? *The New England Journal of Medicine*, 318, 246-250
17. Jacobson,A; De Groot, M. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type 1 and 2 diabetes. *Diabetes Care* 17:267-274,1994.
18. Alonso J, Prieto L, and Antó JM. La version Española del “SF-36 Health Survey” (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica* 1995;104(20);771-776.

19. U. K. Prospective Diabetes Study Group. Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients Is Affected by Complications But Not by Intensive Policies to improve Blood Glucose or Blood Pressure Control (UKPDS 37). 1999. *Diabetes Care*, 22(7), 1125-1136.
20. Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) Research Group. Design, implementation, and preliminary results of a long-term follow-up of the Diabetes Control and Complications Trial cohort. 1999. *Diabetes Care*, 22(1), 99-111
21. De los Ríos J, Barrios P, Avila R T. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. *Revista Médica de I Hospital General de Mexico*, Vol 68, Número 3 Julio-Septiembre 2005
22. Garrant, A., Schmidt, L., Mackintosh, R., and Fitzpatrick, R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. 2002. *BMJ*, 324.
23. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The Relationship of Development and Progression of Retinopathy in the Diabetes Control and Complications Trial. *Archives of ophthalmology* 113;49-51, 1995.
24. López-Carmona, J; Rodríguez, R: Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo2. *Salud Pública de México*. Vol 48 (3):200-211. 2006.
25. De los Ríos, J; Sánchez, J; Barrios, P; Guerrero, V: Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (2): 109-116.

26. Watkins, L; Schneiderman, N; Blumenthal, J; Sheps, D; Catellier, D; Taylor, C; Freedland, K: Cognitive and Somatic Symptoms of Depression are Associated With Medical Comorbidity in Patients After Acute Myocardial Infarction. *Am Heart Journal*, 146(1):48-54. 2003.
27. UK Prospective Diabetes Study Group. Cost effectiveness analysis of improved blood pressure control in hypertensive patients with type 2 diabetes: UKPDS 40. *BMJ* 1998;317: 720-6.
28. Marquina-Rivera A, Rivera-Mota D, Castellanos-Rodriguez G, López M, Márquez-Dávalos L, Rodríguez L. Factores de riesgo asociados a enfermedad vascular periférica en paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Fac Med UNAM Vol* 46 N° 1 www.bdigital.ula.ve
29. García AM, Saldana P, Fernández R, Jimenez M, Vazquez V, Lobón C. Descripción de una población que asocia cuatro factores de riesgo cardiovascular y la relacion con la insulinemia basal. *Aten Primaria* 1996; 18:558-62.
30. Oliveira G, Ortega C, Villalba D, Esteva I, Aguilar M. Factores que influyen en la prescripción de insulinas y antidiabéticos orales en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23:260-7.
31. . Moreno F. Quality of life in Diálisis Patients. A Spanish, multicentre study. *Nephrol Dia Transpalnt*, 1999. 11 suppl 2: 125-129.
- 32.. Palomino B y López G. Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. *Región y sociedad*. 1999. 11 (17)

www.bdigital.ula.ve

ANEXO Nº 1

**CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS
SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE DIABETES EN 1995(7)**

1. SÍNTOMAS DE DIABETES, ACOMPAÑADOS DE UNA GLICEMIA A CUALQUIER HORA MAYOR O IGUAL A 200 mg/dl. LOS SÍNTOMAS CLÁSICOS INCLUYEN POLIURIA, PÒLIDIPSIA Y PÉRDIDA DE PESO.
2. GLICEMIA EN AYUNAS MAYOR O IGUAL A 126 mg/dl. (AYUNAS SE DEFINE COMO LA NO INGESTA CALÓRICA AL MENOS DE 8 HORAS).
3. DOS HORAS DE POSTCARGA DURANTE UNA PRUEBA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (PTOG) MAYOR O IGUAL A 200mg/dl. (PARA ELLO SE UTILIZAN 75 GRAMOS DE GLUCOSA ANHIDRA DISUELTA EN 300 cc DE AGUA).

www.bdigital.ula.ve

ANEXO Nº 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL**

PARTE Nº 1: DATOS DEL PACIENTE

-NOMBRES Y APELLIDOS: _____
-Nº DE HISTORIA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____
-DIRECCION: _____
-Nº DE TELEFONO: _____

PARTE Nº 2: HISTORIA MEDICA

-FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS: _____
-ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA: HTA: _____ IM: _____ ACV: _____
-TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS: _____
-TRATAMIENTO RECIBIDO Y DOSIS: NO FARMACOLÓGICO: SI _____ NO: _____
CUAL: _____
-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: SI: _____ NO: _____
SULFONILUREAS: _____
BIGUANIDAS: _____
INSULINA: NPH _____ CRISTALINA: _____ MIXTA: _____
NATEGLINIDA: _____
ROSIGLITAZONA: _____
MIXTO: _____
-COMPLICACIONES AGUDAS DE LA ENFERMEDAD:
CETOACIDOSIS: _____ HIPOGLICEMIA: _____
ESTADO HIPEROSMOLAR: _____
-COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA ENFERMEDAD:
RETINOPATÍA: _____
NEFROPATÍA: _____
NEUROPATÍA: _____
-MOTIVO DE INGRESO: PIE DIABÉTICO: _____ NEFROPATÍA: _____
CETOACIDOSIS DIABÉTICA: _____ HIPOGLICEMIA: _____
ESTADO HIPEROSMOLAR: _____ OTROS: _____

PARTE Nº 3: RESULTADOS DEL SF-36

-AL INGRESO:_____PUNTAJE

-TRATAMIENTO

ACTUAL:_____

www.bdigital.ula.ve

ANEXO Nº3

AUTORIZACION

YO _____ CI: _____

QUIEN ME ENCUENTRO HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO 3 ESTE, DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTOBAL, UBICADO EN CAMA_____, HISTORIA CLINICA N°_____. EN PLENO USO DE MIS FACULTADES AUTORIZO A LA Dra. ADAYULLY ANDRADE VILLARREAL, RESIDENTE DEL POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA, A REALIZAR ENCUESTA PARA TRABAJO DE TESIS DE GRADO TITULADO **“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2, DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CENTRAL DE SAN CRISTÓBAL”**.

Paciente:

www.bdigital.ula.ve

SAN CRISTOBAL,_____

ANEXO N° 4

CUESTIONARIO SF – 36

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

www.bdigital.ula.ve

Copyright© 1995 Medical Outcomes Trust

All rights reserved.

(Versión 1.4, Junio 1.999)

Correspondencia:

Dr. Jordi Alonso
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
I.M.I.M.

Doctor Aiguader, 80
E- 08003 Barcelona, España
Tel. + 34 3 221 10 09
ax. + 34 3 221 32 37
E-mail: pbarbas@imim.es

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS
EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa