

**“CALIDAD DE VIDA Y DIABETES:
VARIABLES PSICO-SOCIALES”**

Madalena Cunha *

RESUMO

O estudo sobre a «Qualidade de Vida e Diabetes: Variáveis Psicossociais», justifica-se pela importância que o funcionamento psicossocial tem suscitado na gestão da diabetes, pois a conjugação de medidas objectivas do controlo da doença (avaliação do índice de HbA1c) com a avaliação dos aspectos psicossociais, parece ser a fórmula mágica capaz de promover a Qualidade de Vida (QDV) dos diabéticos.

A amostra incluiu 266 diabéticos tipo 1, com idades entre os 18 e os 83 anos.

Os resultados revelaram que os diabéticos do género masculino e os solteiros apresentam melhor QDV; que os diabéticos de maior idade apresentam pior QDV; que o nível de escolaridade mais elevado e as variáveis clínicas (peso normal, tratamento com insulina lenta, autocontrolo glicémico, exercício físico e regime dietético), se associarem com QDV mais satisfatória.

Constatou-se ainda que, quanto mais grave é o estado de ânimo depressivo pior a QDV, quanto melhor é o auto-conceito, maior é a QDV, quanto maior é o apoio social, a funcionalidade familiar, a Internalidade, o Controlo Pessoal, a Previsibilidade, a percepção dos Obstáculos e Benefícios do Tratamento e a percepção de Gravidade e Vulnerabilidade às complicações da diabetes, maior a QDV e quanto maior a Externalidade e o Controlo Médico, pior a QDV.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Diabetes. Variáveis Psicossociais.

* Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

ABSTRACT

The study about “Quality of Life and Diabetes: Psychosocial Variables” is justified by the importance the psychosocial functioning has been rousing in diabetes’ management, as the conjugation of objective measures of disease control (evaluation of the HbA1c index) with the evaluation of psychosocial aspects seems to be the magic formula able to promote the Diabetics Quality of Life (QOL).

The sample included 266 diabetics type 1 sample, aged between 18 and 83 years old.

The results revealed that both male and single diabetics present better QOL; the aged diabetics present worse QOL; a higher school level and the clinical variables (normal weight, slow insulin treatment, glycaemia self-control, physical exercise and diabetic regime) are associated to a more satisfactory QOL.

It was also evidenced that, the more severe the depressive spirit, the worse is QOL; the higher the self-concept, the higher is QOL; the higher the social support, familiar functionality, Internality, Personal Control, Previsibility, the perception of the Treatment’s Obstacles and Benefits and the perception of the Gravity and Vulnerability towards diabetes’ implications, the higher is QOL; the higher the Externality and Medical Control, the worse is QOL.

Keywords: Quality of life. Diabetes. Psychosocial variables.

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica, nos encontramos con frecuencia con diabéticos que aunque aptos desde el punto de vista intelectual tienen, y revelan grandes dificultades en la gestión de la enfermedad, tanto en el tratamiento médico y autocontrol glicérico, como incluso en banales situaciones de vida, (control de la alimentación), lo que conlleva a frustración social, sentimientos de culpa, auto desprecio y pérdida de auto-estima y consecuentemente menor Calidad de Vida. Se podría decir: se convierten en malos compañeros para ellos mismos.

No es de extrañar que la clave del problema resida en el funcionamiento psico-social desajustado, que minando o perjudicando la auto-eficacia, no les permite una correcta y

objetiva evaluación de las situaciones y de sus reales capacidades lo que lógicamente impide el prosequimiento eficaz de los objetivos terapéuticos.

Si, como refieren los teóricos, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud es un fenómeno polifacético que engloba el funcionamiento físico y ocupacional, el estado psicológico, la interacción social y además las sensaciones somáticas (Shipper, Clinch y Powell, 1990) y la Diabetes Mellitas, una enfermedad orgánica de evolución crónica cuya vivencia necesita ser gestionada de modo adecuado, con el fin de minimizar las vastas implicaciones biológicas, psicológicas y sociales, que se irán a producir en la vida del sujeto diabético, y si aceptamos que Diabetes Mellitas y Calidad de Vida constituyen dos polos de interacción dinámica que mutuamente se influyen, de qué modo las variables psico-sociales, contribuyen para la existencia de mayor calidad de vida?

La *diabetes mellitas tipo 1*, que es una enfermedad crónica, requiere educación y cuidados de salud continuos para la prevención de complicaciones agudas y reducción del riesgo de complicaciones tardías, manteniendo así la calidad de vida. Para eso, el abordaje clínico debe englobar el estudio de los aspectos psicológicos (emocionales) y sociales de impacto de la enfermedad.

En este punto, Kent, Gill y Williams (1994) refieren que la causa más plausible para la inestabilidad grave de la enfermedad son los factores psico-sociales y acontecimientos de vida adversos. De ser así, el apoyo psicológico a las personas diabéticas se vuelve un elemento importante. Éste tiene como objetivo movilizar los recursos personales, sociales y de medio ambiente para enfrentar la enfermedad, especialmente al nivel de las consecuencias psico-sociales. La evaluación de la Calidad de Vida (CDV) es un paso determinante en la identificación de los aspectos psico-sociales afectados por la enfermedad, para acompañar la evolución del desarrollo de las ciencias médicas que han conseguido ya, gran desarrollo en la vertiente del tratamiento y en el fabrico de medicamentos específicos imprescindibles para la gestión correcta de la diabetes mellitas tipo 1.

Durante las dos últimas décadas, la calidad de vida ha surgido como un atributo importante de la investigación clínica y de los cuidados a los enfermos (Gill y Feinstein, 1994). Es un concepto que abarca una larga serie de características físicas y psicológicas y la evaluación de los cuidados en salud está cada vez más direccionada hacia las mediciones de calidad de vida específica de la enfermedad, de acuerdo con el punto de vista de los enfermos (Bowling, 1995 a y b). Los cuestionarios de calidad de

vida han sido introducidos en las pesquisas clínicas para poder medir problemas que interfieren en el bienestar y en el estilo de vida de los enfermos. Han ocupado progresivamente un espacio cada vez más importante como medidas efectivas para la evaluación de grupos de enfermos, eficacia medicamentosa y caracterización general de las poblaciones estudiadas.

En Portugal, al estar en contacto con personas con diabetes de todas las edades, pero especialmente adolescentes y adultos, verificamos que, a pesar del esfuerzo de los profesionales de salud para hacerlos adherir al tratamiento, no siempre se consiguen los mejores resultados. Con todo, no se conoce ninguna medida de calidad de vida integrada en el proceso clínico del enfermo diabético. Por otro lado, son raros los estudios sobre la calidad de vida de los diabéticos.

Por otro lado, estudios recientes muestran que la incidencia de la diabetes mellitas está aumentando, afectando cada vez más a jóvenes y a adultos, impidiéndolos de llevar una vida “normal”, perturbándolos a ellos y a sus familias. De ahí se concluye que la importancia de la calidad de vida pueda según Gill y Feinstein (1994), ser medida por las opiniones y percepciones de los enfermos.

MÉTODO

La diabetes mellitas es la típica enfermedad crónica que puede influenciar la calidad de vida, porque los tratamientos son incómodos y sus complicaciones pueden causar debilidad y disminución de las capacidades del individuo. Relativamente poco se sabe todavía acerca del efecto de estas alteraciones en la calidad de vida. También hay pocos estudios que comparen los hallazgos de la calidad de vida en personas con diabetes usando medidas genéricas y específicas, (Jacobson, Degroot y Sanson, 1994).

Tradicionalmente la educación occidental de las personas con diabetes está orientada hacia la evaluación de conocimientos y enseñanza, no otorgando a la evaluación del estado de salud y de la calidad de vida la consideración que merecen.

Muchos autores creen que los enfermos, los cuidadores, los investigadores y los encargados de tomar decisiones serán mejor servidos, cuando la importancia de la relación entre calidad de vida y las variables de salud relacionadas con esa misma calidad, sean reconocidas del todo, debiendo éstas ser utilizadas en la investigación, práctica clínica y toma de decisión política.

Fue en este ámbito que optamos por dirigir nuestro estudio hacia la temática «Calidad de vida y Diabetes: Variables Psico-sociales».

El mismo se objetiva en el modelo conceptual esquematizado en la figura A, que resume la articulación de las variables analizadas en el estudio.

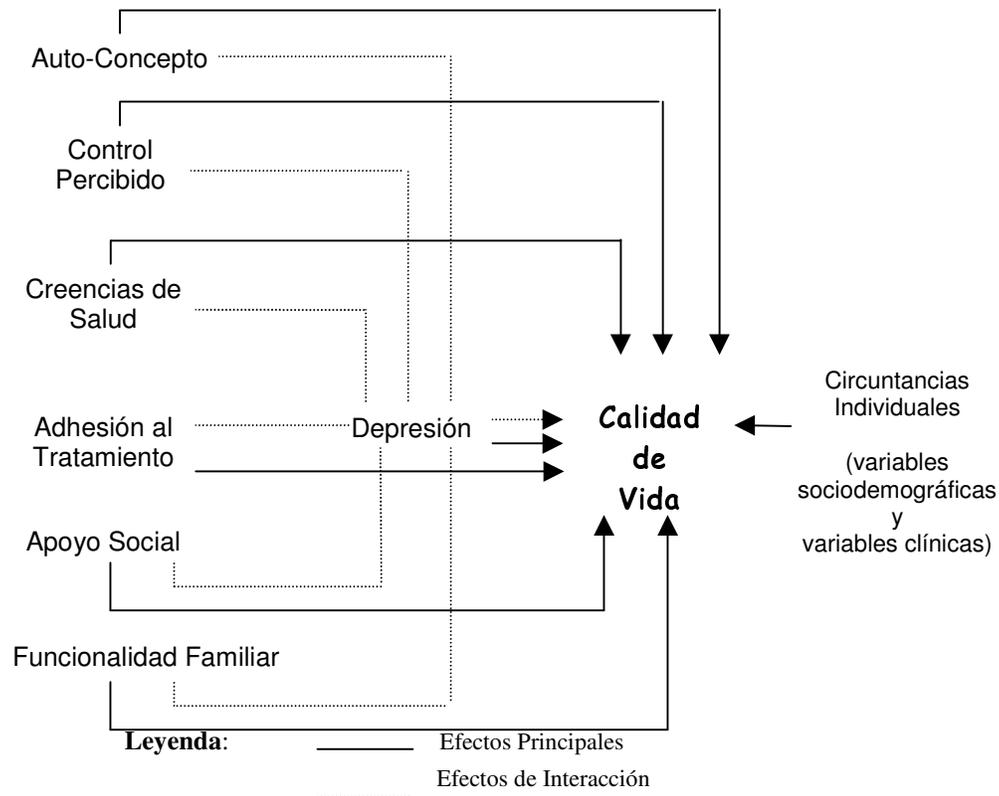


Figura A - Modelo de Predicción de la Calidad de Vida en Diabéticos tipo 1

Muestra

Analizamos una **muestra de 266 diabéticos** tipo 1 que frecuentan el Consultorio de Diabetología del Hospital S. Teotónio, S.A. - Viseu y los Ambulatorios de la Sub - Región de Salud de Viseu.

Instrumentos

Para la recogida de datos realizada entre Enero de 2003 y Marzo de 2003 utilizamos una Ficha Clínica, el Inventario Clínico de Auto-Concepto, de Vaz Serra (1986) (I.C.A.C.), la Escala de Control Percibido para Insulino-Dependientes e Insulino-Tratados, de Bradley (1984), traducida y adaptada para la población portuguesa por Nunes y Matos (1999), la Escala de Creencias de Salud Relacionadas con la Diabetes, de Bradley (1984), traducida y adaptada para la población portuguesa por Nunes y Matos (1999), la Escala de Adhesión al Tratamiento de Matos (1999), la Escala de Apoyo Social de Matos y Ferreira (2000), el Inventario Depresivo de Beck (BDI) (1961), traducido y adaptado para la población portuguesa por Vaz Serra y Pio Abreu (1973), la Escala de Apego Familiar de Smilkstein (1978), traducida por Azeredo y Matos (1986), y la Escala de Graffar cit in Sousa (1999).

Efectuamos también la recogida de sangre venoso para evaluar el nivel de Hemoglobina glucosilada (control metabólico).

Para estudiar la variable Calidad de vida fue utilizada la Escala de Calidad de Vida en la Diabetes (ECDV) de Matos y Rodrigues (1999), debido a la especificidad que posee en el análisis de la calidad de vida de los diabéticos.

Se vuelve pertinente referir que la Escala comporta cuatro dimensiones, Satisfacción, Impacto, Preocupación con la Diabetes, Preocupación Social/Vocacional y que las respuestas a las cuestiones se evalúan en una escala, tipo Likert de 1 a 5, y acotadas de forma a que, cuanto mayor sea la puntuación obtenida, menor será la satisfacción, mayor el impacto y mayor será la preocupación y que valores más elevados se traducen en una disminución del nivel de CDV.

Resultados

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN DIABÉTICOS TIPO 1

Para estudiar esta problemática, se recurrió a una muestra de 266 sujetos diabéticos tipo 1, lo que permitió definir el perfil del diabético estudiado de la siguiente forma:

Perfil Sociodemográfico del Diabético Tipo 1

Si quisiésemos dibujar el perfil sociodemográfico medio de los diabéticos estudiados, tendríamos un diabético del sexo masculino, casado, con cerca de 50 años de edad, con residencia en una zona rural y proveniente de familias con pésimos recursos económicos.

Perfil Académico del Diabético Tipo 1

El perfil académico medio, nos revela a un diabético, cuyo nivel de estudios no pasa de la enseñanza primaria.

Perfil Clínico del Diabético Tipo 1

El perfil clínico medio de nuestra muestra nos revela a un individuo portador de Diabetes Mellitus tipo 1 desde hace cerca de 12.75 años, por causa desconocida, que ha sufrido en media 3 ingresos relacionados con la diabetes, que presenta exceso de peso, sin complicaciones crónicas, que cumple el régimen alimentar pero que no practica ejercicio físico y que presenta escaso control metabólico.

Cumple el tratamiento insulínico de tipo convencional prescrito por el médico, procediendo a la administración de insulina dos veces por día.

Administra en media 37.63 unidades de insulina por día y hace control de glucemia capilar dos veces por día, de preferencia antes del desayuno y de la cena.

Perfil Psico-social del Diabético Tipo 1

El perfil psico-social de nuestra muestra nos muestra a un diabético con calidad de vida de nivel medio ($\bar{X}=120.81$) gravemente deprimido ($\bar{X}=39.90$) con auto-concepto de nivel medio ($\bar{X}=70.81$), con razonable adhesión al tratamiento ($\bar{X}=79.49$), cuyo apoyo social es de nivel medio ($\bar{X}=58.89$) y perteneciente a una familia altamente funcional ($\bar{X}=7.59$).

En lo que concierne al control percibido, las medias de las puntuaciones en cada una de las siete escalas de control percibido indicó que los diabéticos fueron predominantemente internos en sus atribuciones de responsabilidad y control de la diabetes, ($\bar{X}=28.41$).

Era más probable que ellos atribuyesen la responsabilidad por los resultados a ellos mismos que a las recomendaciones del tratamiento ($\bar{X}=16.96$), y se dieron cuenta de que los resultados estaban más bajo el control personal ($\bar{X}=25.14$) que médico ($\bar{X}=15.90$).

Las puntuaciones en la escala de externalidad fueron bajas ($\bar{X}=16.53$), indicando que estos encuestados tendían a evitar atribuir responsabilidad por los resultados a otras personas o circunstancias. Finalmente las puntuaciones obtenidas en la escala casualidad/ suerte ($\bar{X}=18.41$), indican que un grupo considerable de

individuos tiende a atribuir la responsabilidad por los resultados a los factores casualidad/ suerte.

Por último, la media de las puntuaciones en las escalas de creencias de salud relacionadas con la diabetes indican que para nuestros encuestados, los Beneficios del Tratamiento (Factor 2) ($\bar{X} = 22.15$) fueron entendidos por la mayoría como siendo sustancialmente mayores que los Obstáculos (Factor 1) ($\bar{X} = 14.98$).

Las respuestas a la escala de Vulnerabilidad muestran que los encuestados tendían a verse a sí mismos más vulnerables a las complicaciones de la diabetes (Factor 1) ($\bar{X} = 43.38$), que a los desórdenes no relacionados con la diabetes (Factor 2) ($\bar{X} = 25.62$).

Estaban también atentos a la gravedad de los problemas asociados al tratamiento de la diabetes y complicaciones de la misma (Factor 1) ($\bar{X} = 54.83$), tendiendo a percibirlos como más graves que los no relacionados con la diabetes (Factor 2) ($\bar{X} = 36.45$).

CALIDAD DE VIDA

El valor medio de calidad de vida encontrado para nuestra muestra fue de 120.81 ($S = 41.731$), oscilando desde un intervalo de 49 (mejor calidad de vida) a 240 (peor calidad de vida), respectivamente mínimo y máximo¹.

Con el objetivo de ilustrar el nivel de Calidad de Vida que caracteriza a nuestra muestra establecemos puntos de corte a partir de las medias y desvíos patrón (Media +1 y -1 Desvío patrón)².

De este modo obtuvimos tres grupos:

GRUPO 1

Media - 1 Desvío Patrón ($120.81 - 41.731 = 79.08$)

- Elevada Calidad de Vida - Individuos cuyo total de Scores sea < 79.08 .

¹ Las cuestiones de la Escala de Calidad de Vida están acotadas de forma que, cuanto mayor sea la puntuación obtenida, menor será la satisfacción, mayor será el impacto, mayor será la preocupación y finalmente menor será la Calidad de Vida.

² D'Hainaut (1990) y Polit y Hungler (1995) afirman que en una distribución normal 68% de los elementos tienen un valor comprendido entre Media - Desvío Patrón y Media + Desvío Patrón, razón por la cual adoptamos este método para constituir los puntos de corte.

GRUPO 2

Media = 120.81

- Razonable Calidad de Vida - Individuos cuyo total de Scores sea ≥ 79.08 y ≤ 162.54 .

GRUPO 3

Media +1 Desvío Padrón ($120.81 + 41.73 = 162.54$)

- Baja Calidad de Vida - Individuos cuyo total de Scores sea > 162.54 .

Los puntos de corte así formados muestran que 78.94% de los entrevistados poseen una razonable calidad de vida, 10.43% de los diabéticos presentan un nivel de calidad de vida elevado y con igual porcentaje (10.53%) un nivel de calidad de vida bajo.

Los hombres presentan mejor calidad de vida que las mujeres.

Si la calidad de vida, surge frecuentemente como uno de los componentes a incluir en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 1, el impacto que las variables sociodemográficas, clínicas y psico-sociales puedan tener a ese nivel merece una reflexión cautelosa.

Desde esta óptica, uno de los principales puntos de discusión se relaciona con las variables sociodemográficas.

Discusión**1. Será que las variables sociodemográficas influyen la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 1?**

Un primer punto de discusión se relaciona con la influencia del **sexo** en la percepción de la calidad de vida, habiéndose verificado una percepción de la CDV menos satisfactoria en las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Satisfacción, Impacto, Preocupación con la Diabetes y en la Nota Global de la calidad de vida.

Los resultados de este estudio están de acuerdo con otros autores, entre los cuales Eiser *et al.* (1992) y Lloyd y Orchard (1999), al afirmar que las mujeres diabéticas muestran un impacto más negativo que los hombres en el nivel de calidad de vida relacionada con la salud.

Otro punto de discusión se refiere a la influencia de la **edad** en la percepción de la calidad de vida. La edad varió entre los 18 y los 83 años, siendo la media de edades de 51.02 años.

Los resultados demostraron una variación en el sentido de que los que tenían edad igual o superior a 53 años presentaban una percepción de calidad de vida menos satisfactoria, con diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones satisfacción e impacto, particularmente en relación al grupo de los que tenían edad inferior a 53 años.

La edad influencia la calidad de vida sobre todo en relación a los grupos de edad límites, naturalmente los más jóvenes se sienten mejor y tienen más expectativas, mientras que los de edad más avanzada podrán tener limitaciones de tipo físico o mental.

Estos resultados están en consonancia con los obtenidos por Jacobson *et al.* (1994), Hanestad (1993), Elbagir et al (1999) y Lloyd y Orchard (1999).

Cabe además mencionar, que es probable que, para los diabéticos estudiados, padecer la diabetes signifique comenzar una nueva vida, que es sentida por ellos como una etapa de riesgo en su ciclo vital. Siendo necesario experimentar y ensayar nuevos desafíos, los diabéticos se vuelven susceptibles a alteraciones de la Calidad de Vida. Por otro lado, entendiendo la edad como proceso evolutivo de la existencia de los seres vivos sería de esperar que a medida que la edad de los diabéticos aumenta, las complicaciones crónicas tendiesen a ser más graves³ y a influenciar negativamente la calidad de vida.

Otro aspecto se desprende de la influencia del **nivel de escolaridad** en la percepción de la calidad de vida. Cerca de mitad de los individuos de la muestra (50.75%) poseían como grado instrucción la enseñanza primaria, 20.38% poseían la enseñanza básica y 9.40% la enseñanza secundaria. Por último un pequeño porcentaje, 2.63% poseían formación superior (diplomatura + licenciatura) y un porcentaje significativo de diabéticos afirmaba ser analfabeto (16.54%).

Los resultados confirmaron la influencia del nivel de escolaridad en la nota global de la ECDV y en las dimensiones Satisfacción, Impacto, Preocupación social/vocacional, constatando la variación que los individuos con mayor nivel de instrucción tenían una calidad de vida más satisfactoria. Esta influencia sugiere que los individuos más informados probablemente tendrán una noción más exacta de su enfermedad y de la importancia del buen control metabólico en la calidad de vida.

³ La evolución natural de la diabetes cursa con la ocurrencia de complicaciones orgánicas.

Por otro lado, el mayor nivel de escolaridad se corresponde a una mayor información, conocimientos en el ámbito de la salud, pudiendo contribuir para una mayor vigilancia de salud, la adquisición de comportamientos conducentes a estilos de vida más sanos, lo que lógicamente tiene impacto en el estado de salud y en la percepción de su calidad de vida. Estudios de intervención clínica y educacionales sugieren que a un mayor nivel de conocimientos corresponde una mejoría del estado de salud de los enfermos y mejor percepción para controlar la enfermedad, redundando en la mejoría de la calidad de vida.

Un cuarto punto de discusión, se relaciona con la influencia del **estado civil** en la percepción de la calidad de vida de las personas con diabetes. En la muestra en estudio, la mayoría de los participantes eran casados (74.44%), habiéndose verificado una diferenciación en el sentido de que éstos presentaban una calidad de vida menos satisfactoria que los que no tienen compañero/a (solteros y divorciados), lo que confirma la hipótesis de investigación relativamente a la dimensión Impacto de la ECDV.

El grupo de los individuos sin compañero, incluye un porcentaje significativo de solteros 11.28% y viudos 12.78% y apenas 1.50% son divorciados. Este aspecto puede justificar los resultados obtenidos, puesto que es significativo el número de participantes solteros, jóvenes (23.15% tienen menos de 30 años), viviendo todavía en el seno de la familia como grupo de pertenencia, contribuyendo para el apoyo afectivo y emocional, disminuyendo la soledad y aumentando la seguridad. En 1994 Jacobson comparó la percepción de la calidad de vida entre separados o divorciados y solteros, habiendo llegado a la conclusión de que los individuos divorciados o separados presentaban peor calidad de vida que los solteros.

Conforme ya se ha intentado demostrar, las características sociodemográficas, sexo, edad, nivel de escolaridad y estado civil parecen, en nuestra muestra, haber sido importantes para la explicación de la existencia de diferentes perfiles de la calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 1.

Otro aspecto a incluir en esta discusión es relativa a la pregunta:

2. Será que las variables clínicas influyen la calidad de vida en las personas con diabetes mellitus tipo 1?

DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD~

En la muestra en estudio la mayor parte de los individuos tenía diabetes hace menos de diez años 51.13% y 48.87% hace más de diez años.

Rubin y Peyrot (1999), no comprobaron consistentemente la asociación entre la duración de la enfermedad y la calidad de vida y Jacobson *et al.* (1994) llegaron a la conclusión de que la duración de la diabetes no influencia la calidad de vida, sin embargo Bott *et al.* (1998), probaron precisamente lo contrario, por lo que este asunto es contradictorio y complejo.

Los resultados del presente estudio, indican que la percepción de la calidad de vida no está influenciada por la duración de la enfermedad, pues aunque en los diabéticos portadores de la enfermedad hace menos de 10 años, exista mejor CDV, las diferencias de medias no son estadísticamente significativas.

COMPLICACIONES AGUDAS

Aunque la mayoría de los estudios se hayan dedicado más a analizar la asociación entre la calidad de vida y las complicaciones crónicas, otros estudios demuestran también que hay más factores que pueden ser importantes, como las complicaciones agudas, especialmente la hipoglucemia.

Hipoglucemia

La hipoglucemia severa fue constatada en el 26.32% de la muestra en estudio. Los diabéticos que mencionaron haber sufrido 2 episodios de Hipoglucemia obtuvieron scores compatibles con calidad de vida más satisfactoria.

Contrariamente el DCCT (1994) mostró que el tratamiento intensivo llevó a tres veces más episodios de hipoglucemia y que aunque algunos episodios de hipoglucemia severa en si mismos no conduzcan a la angustia emocional, pueden tener efectos negativos en la percepción de la CDV.

Hiperglucemia

La hiperglucemia grave fue otra complicación aguda sufrida por 44.36% de la muestra. Creemos que es un número muy elevado, no obstante, dado que la mayoría de la muestra fue recogida en un hospital de nivel 3 (Hospital S. Teotónio S.A.), el resultado se justifica por el hecho de que las personas con diabetes que para aquí son enviadas, estén descompensadas o incluso ya con complicaciones graves.

Resultados de estudio etiológicos refieren que la hiperglucemia conduce a complicaciones relacionadas con la diabetes, (Reiber, Lipsky y Gibbons, 1998).

Los resultados revelaron que los individuos que tuvieron entre 5 y 10 episodios de hiperglucemia graves presentaron una calidad de vida más satisfactoria.

La mayoría de los individuos afirmó tener menos de 5 episodios en las últimas tres semanas. Los que tuvieron 15 o más episodios de hiperglucemia tienen una CDV más satisfactoria en comparación con los que tienen menos de 5 episodios.

Después de la discusión relativa a las complicaciones agudas, se inicia la discusión acerca de la influencia de las complicaciones crónicas en la percepción de la CDV.

Complicaciones crónicas

Las complicaciones crónicas son otro punto de reflexión donde se comprobó la hipótesis de su influencia en la percepción de la calidad de vida.

Retinopatía

Empezando por la retinopatía, que se destaca en este estudio con 84.31% de la muestra, fue posible confirmar su influencia en el sentido de mejor CDV en los que tienen esta complicación, resultado que sorprende y sugiere que el nivel de CDV está influenciado por otras variables.

Nefropatía

Otra complicación crónica es la nefropatía que está presente en 11.76% de la muestra. Su influencia en el sentido de disminución de la percepción de la calidad de vida fue confirmada en las dimensiones satisfacción, impacto y preocupación con la diabetes, con todo, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Neuropatía

La neuropatía fue diagnosticada en 31.32% de la muestra, no confirmándose su influencia en la percepción de la CDV en términos globales, aún así los diabéticos con neuropatía revelaron menos satisfacción y más impacto. Hanestat *et al.* (1991), al estudiar la influencia de la neuropatía en personas con diabetes, también llegan a la conclusión de que el desarrollo de la neuropatía fue asociado a baja satisfacción.

Cardiopatía

En relación a la cardiopatía presente en 21.56% de la muestra, se confirmó la hipótesis de su influencia en la percepción de la calidad de vida menos satisfactoria en

la dimensión preocupación social/vocacional. Estos enfermos presentan mayor riesgo de enfermedad coronaria frente a los no diabéticos.

Los beneficios de un buen control de tensión en enfermos con diabetes, especialmente en la reducción del número de eventos cardiovasculares, ha quedado demostrado en el estudio UKPDS (1998), entre otros, sobre todo en las fases finales de la diabetes tipo 1 cuando tiene lugar la hipertensión arterial y nefropatía.

Lesiones en los Miembros Inferiores

La influencia de la presencia de lesiones en los miembros inferiores (29.41% de la muestra) en la CDV fue significativa en las dimensiones impacto y preocupación con la diabetes, en el sentido de presentar menos satisfacción y más impacto.

La hipótesis se confirma estadísticamente probablemente porque esta variable clínica se relaciona con diversas actividades físicas tales como subir escaleras, correr, caminar, arrodillarse y ducharse, entre otras. Por otro lado, por si sola, la presencia de lesiones en los miembros inferiores paralelamente a las repercusiones físicas, especialmente a nivel del desempeño físico y dolor físico (a veces muy intensa, especialmente el pie isquémico), conducen a un impacto psicológico que puede ser extremadamente significativo para los enfermos, pudiendo influenciar la participación social e interferir en el cotidiano del enfermo.

La literatura existente sobre el impacto específico de las complicaciones relacionadas con lesiones de los miembros inferiores es limitada, pero la que encontramos indica que los enfermos con lesiones en los miembros inferiores tienen disminución en los *scores* de función física, desempeño emocional y función social, Reiber *et al.* (1998), relativamente a los que no tienen lesiones (Price y Harding, 2000).

Todavía a propósito de las lesiones de los pies, Meyer - Heintze (1999) concluye que a pesar del aumento continuo de los gastos con la salud desde 1989 (Declaración de S. Vincent), no fueron logradas mejoras significativas en la salud de los enfermos diabéticos. En los enfermos mal compensados la calidad de vida y la experiencia de vida disminuye por las complicaciones.

Como síntesis final, de acuerdo con otros estudios Elbagir (1999), Rubin y Peyrot (1999), se confirma la influencia negativa de las diversas complicaciones en la calidad de vida de las personas con diabetes. La existencia de varias complicaciones sugiere un contexto de limitaciones desde el punto de vista físico y psicológico con impacto negativo en los componentes físico y mental del diabético. Hay que realzar la

importancia de la prevención de estas complicaciones, dado el impacto que tienen en la calidad de vida de los enfermos. Por otro lado, algunos autores, especialmente Turtle (1994), consideraron que la prevención de una única complicación tardía podrá providenciar fondos suficientes para cubrir total o parcialmente los costes anuales del tratamiento intensivo. Tal y como refiere el DCCT (1996), se hace evidente que la reducción de las complicaciones de la diabetes disminuye la morbilidad, aumenta la calidad de vida y reduce directa e indirectamente los costes de los cuidados de salud.

AUTOCONTROL GLICÉRICO (Monitorización de la glucemia Capilar)

En la muestra en estudio un número significativo (69.17%) hacía autocontrol. Al estudiar las diferencias en la percepción de la CDV entre los que hacían y no hacían autocontrol, se verificó que, el grupo que hacía autocontrol glicérico presentaba medias más bajas, en todas las dimensiones y en la nota global, siendo las diferencias altamente significativas. Estos resultados indican que los diabéticos que optan por el autocontrol tienen mejor CDV.

HEMOGLOBINA GLICADA (HbA1c)

Relativamente a la HbA1c, la mayoría (57.72%) presentaba valores superiores a 7.5 Hg, o sea, flaco control metabólico y sólo 12.78% presentaba valores inferiores o iguales a 6.0%, correspondiendo a un buen control metabólico. El porcentaje de diabéticos con razonable control metabólico (HbA1c entre 6.1 y 7.5) fue de 29.70%.

Las medias observadas en las dimensiones y nota global da ECDV en los diferentes grupos son equivalentes, no existiendo diferencias significativas, lo que sugiere que en la muestra en estudio estas variables no se asocian.

Rubin y Peyrot (1999) y Eiser (1999) llegaron a conclusiones inversas, concluyendo que los diabéticos que tenían mejor CDV, presentaban valores de HbA1c < 6.0%.

No obstante, en el estudio de Elbagir *et al.* (1999), los resultados fueron semejantes a los nuestros, lo que podrá ser explicado porque en ese estudio los que tenían peor control metabólico eran significativamente más jóvenes, padecían una menor duración de la enfermedad y ausencia de complicaciones.

El UKPDS (1998), demostró que un buen control glicérico en la diabetes tipo 2 reduce la morbilidad y aumenta la calidad de vida. Estos datos son tan o más importantes, en la medida en que se espera una pandemia de la diabetes para este siglo.

Para concluir y dando la razón a Jonson, Nowatzki y Coons (1996), en general las complicaciones tienen un impacto negativo en la calidad de vida. Siendo la diabetes una enfermedad en la cual es importante la autogestión y muchas veces un esfuerzo continuo para mantener una buena calidad de vida se perfila como necesaria la utilización de medidas de calidad de vida, (Kotsanos *et al.*, 1997). En los últimos años el centro de los debates acerca de la calidad de vida en la diabetes, ha sido la adaptación comportamental para un estado crónico de la enfermedad.

En esta discusión, otra cuestión que se puede colocar es la siguiente:

3. Será que los diferentes tipos de tratamiento influyen la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con diabetes mellitus tipo 1?

“Cuántas veces el peso del tratamiento sobrepasa el peso de la enfermedad por lo menos durante algún periodo de tiempo.”

Han sido ya demostradas las diferencias observadas en la percepción de la calidad de vida de acuerdo con los diferentes tipos de tratamiento, habiéndose verificado que las personas con diabetes mellitus tipo 1 que hacen tratamiento intensivo, presentaron medias más satisfactorias de CDV.

Entre otros estudios sobre tratamiento intensivo versus tratamiento convencional el DCCT, llegó a la conclusión de que el desarrollo de complicaciones micro-vasculares, especialmente la retinopatía, nefropatía y neuropatía, podrá reducirse de 30% a 50% con el tratamiento intensivo.

Bradley (1999) menciona otros estudios que establecen comparaciones entre esquemas terapéuticos que permiten el análisis de la calidad de vida verificando grados más elevados de satisfacción por parte de los enfermos sometidos a esquemas terapéuticos, tales como el tratamiento intensivo, que proporcionan más libertad a los enfermos designadamente en lo que respeta a la flexibilidad de las comidas.

En este estudio se comparó la percepción de la calidad de vida en las personas que hacían tratamiento sólo con insulina rápida, mezclas de insulina rápida y lenta o sólo con insulina lenta y semi-lenta. Los resultados no dejan lugar a dudas en relación a la mejor calidad de vida en los que hacían tratamiento sólo con insulina lenta en la nota global y en la dimensión preocupación con la diabetes. Estos hallazgos tal vez se justifiquen porque o nuestro estudio fue realizado en una muestra con una media de

edades de 51.02 años, hecho que puede determinar que la insulino terapia no sea bien aceptada, siendo para algunos, una “prisión”, algo que tienen que tomar toda la vida. Otra razón podrá estar relacionada con el hecho de que en esta fase, se hacen sentir algunas complicaciones crónicas ya declaradas o incipientes que influyen negativamente la percepción de la calidad de vida.

Por otro lado la terapéutica combinada de insulina lenta y semi-lenta podrá ser una estrategia que permita a los enfermos superar su resistencia inicial al inicio de la insulino terapia, facilitando su aceptación y *compliance* caso sea necesario intensificar el esquema terapéutico. Cabe destacar que la introducción de la insulina rápida ocurre normalmente en una fase más crítica de la vida del enfermo, siendo por lo tanto, una fase de más difícil aceptación.

Como ya ha sido mencionado en análisis anteriores por Jacobson et al (1994) y Jacobson (1997), las personas con diabetes tipo 2 que tomaban insulina mostraban niveles más bajos de satisfacción y un mayor impacto de la enfermedad en comparación con los que hacían tratamiento sólo con antidiabéticos orales.

De opinión contraria son Rubin y Peyrot (1999), cuando afirman que el tratamiento intensivo no disminuye la percepción de la calidad de vida, antes por el contrario, al proporcionar mejor control glicémico, se asocia con mejor calidad de vida.

Basándonos en la descripción anterior, se puede llegar a la conclusión de que los diferentes tipos de tratamiento afectan de forma diversa la vida de las personas con diabetes. Así, la promulgación de un esquema terapéutico debe ser individualizada pasando por la definición del fenotipo metabólico, siendo importante el uso de medidas válidas de evaluación de la calidad de vida que serán indicadores útiles en la evaluación de los efectos de terapéutica. A este propósito Kotsanos *et al.* (1997), consideran esencial que los clínicos tengan en cuenta la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con diabetes, mientras establecen el régimen de tratamiento.

La última cuestión importante en esta reflexión se relaciona con las variables Psico-sociales.

4. Será que las variables psico-sociales (control percibido, creencias en la salud, auto-concepto, estado de ánimo depresivo, funcionalidad familiar, apoyo social y adhesión al tratamiento) están asociadas a la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 1?

Calidad de Vida y Adhesión al Tratamiento

El análisis de la influencia de la adhesión al tratamiento en la predicción de la calidad de vida, permitió deducir que la variable adhesión entró en el modelo de regresión, prediciendo la CDV de los diabéticos.

Este resultado está en consonancia con los estudios de Hanestad, Hornquist y Albretsen (1991) para la población noruega, los cuales llegaron a la conclusión de que un nivel más elevado de CDV está asociado a una mayor facilidad percibida de adhesión al tratamiento.

En el contexto portugués, Matos (2000) llegó a la conclusión de que el diabético que presenta peor calidad de vida revela además tendencia para tener menor adhesión a la terapia.

Calidad de Vida y Estado de Ánimo Depresivo

Las perturbaciones emocionales en la diabetes se inician con el diagnóstico, momento en el que se viven elevados niveles de angustia y ansiedad y que pueden mantenerse a lo largo de la evolución de la enfermedad, surgiendo con frecuencia sintomatología depresiva. La depresión es de las perturbaciones psiquiátricas con mayor prevaletamiento en los diabéticos, siendo habitualmente crónica.

La totalidad de la muestra en estudio (100%), reveló presentar un cuadro depresivo 36.47%, un cuadro moderado y 63.53% un cuadro grave⁴.

Estos resultados son preocupantes en si mismos, porque señalan que se trata de un grupo significativo de diabéticos que presenta perturbaciones de humor, y cuya salud mental parece comprometida, son además preocupantes gracias a las eventuales perturbaciones del control de la diabetes, con todos los riesgos físicos, psicológicos y sociales que ese descontrol ocasiona. De resaltar que apenas 8.27% de los diabéticos integraban en el momento de la recogida de datos, un régimen psicoterapéutico con psicofármacos.

Hänninem, Takala y Keinanen-Kiukaanniemi (1999), afirman que el prevaletamiento de la depresión en personas con diabetes tipo 2 es más elevado que en la población en general.

⁴ “El hecho de que la depresión sea más común en diabéticos no prueba, de forma alguna, que la diabetes cause depresión o que la depresión provoque diabetes. Debemos sí tener en cuenta que la frecuente co-morbilidad entre la depresión y la diabetes lleva a que éstas se afecten mutuamente.

La depresión puede, entre otros aspectos, acentuar los síntomas clínicos de la diabetes, contribuir para un control pobre de la glucemia, reducir la adhesión al tratamiento y aumentar el riesgo de las complicaciones de la diabetes”. (Matos, 2000, p.173).

La frecuencia de la depresión fue influenciada de forma estadísticamente significativa por variables sociodemográficas designadamente, la edad, con mayores niveles de depresión en el grupo con edad ≥ 53 años, el nivel de escolaridad, con niveles de mayor gravedad del estado depresivo en los que tienen nivel de escolaridad más bajo y el nivel socioeconómico, presentando los niveles más graves de depresión los diabéticos con escasos recursos económicos.

La influencia de los cuadros depresivos en la percepción de la calidad de vida de las personas con diabetes se confirmó en el sentido de peor calidad de vida cuando el estado depresivo es más grave.

Los resultados obtenidos por nosotros, están en consonancia con otros estudios encontrados en la literatura como los de Lustran y Clouse (1997), que señalan que las alteraciones de depresión *major* están presentes en de 15 a 20% de las personas con diabetes en un estudio en que también fue aplicado el BDI para evaluación de la depresión, (Kick, 1999).

Los **estudios portugueses** publicados, también infieren que la depresión está relacionada con la CDV de los diabéticos tipo 1 y 2. Así, Amorim y Coelho (2002) al estudiar a 125 diabéticos tipo 2, observaron que éstos poseían peores niveles de CDV que el grupo control y mayor sintomatología depresiva.

Relatan también que existe una asociación positiva entre depresión, CDV y coping de evitación en los diabéticos estudiados.

A su vez Matos (2000), al estudiar diabéticos tipo 1, constató que:

- Los pacientes diabéticos con valores más elevados en el BDI tienden a presentar más cogniciones negativas en relación a la diabetes, un control metabólico más pobre, una evolución más prolongada de la enfermedad y valores más bajos de calidad de vida.

De referir que, en el presente estudio, los pacientes que presentan complicaciones agudas y crónicas tienen más tendencia a presentar un cuadro depresivo. También Leedom *et al.* (1991) encontraron niveles de depresión más elevados en los pacientes diabéticos con complicaciones. Estos autores refieren también que la depresión influencia la adhesión al tratamiento, es decir en su disminución, lo que lleva a un aumento de las complicaciones en el paciente deprimido.

En este estudio, también verificamos que los enfermos con peor control metabólico ($HbA1c \geq 7.5\%$), presentaban en media mayores puntuaciones en el BDI,

(\bar{x} =40.80; S=15.556), lo que corresponde a mayor gravedad de los cuadros depresivos, mientras que los que tenían valores inferiores a 7.5% presentaban en media una puntuación (\bar{x} =38.61; S=15.138), que revela menor gravedad de los cuadros depresivos. También Lustman *et al.* en (1992), encontraron una asociación entre peor control metabólico y depresión, pero resaltan que un control metabólico restringido puede también contribuir para la depresión.

Calidad de Vida y Apoyo Social

Relativamente al marco teórico del apoyo social, se destacó el de Bárron (1996) y de Vaux (1988, 1992), que concibe el apoyo social como un proceso transaccional en un contexto ecológico. En este abordaje, el apoyo social se considera como una meta-construcción, que engloba la red social de apoyo, los comportamientos y las percepciones de apoyo, siendo influenciados por factores de contexto y factores personales.

Los estudios consultados que utilizaron esta variable revelaron que una orientación positiva en relación a la red social de apoyo está asociada a una red alargada, a un mayor apoyo percibido, a un mayor auto-concepto y a una mejor adaptación a la enfermedad.

Los diabéticos estudiados afirmaron disponer de menos apoyo social que los individuos de la población en general, pues la media observada es inferior a la descrita por Matos y Ferreira (2000) para la población portuguesa.

Verificamos de igual modo que apoyo social (nota global) se correlacionaba de forma negativa con la CDV (nota global), es decir, cuanto mayor el apoyo social, mayor CDV.

Este resultado está de acuerdo con Aalto y Aro (1997) que dicen que el apoyo social está asociado a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud más elevada. Está además de acuerdo con los resultados de Tillotson y Smith (1996) pues los autores llegaron a la conclusión que el apoyo social predecía de forma estadísticamente significativa la adhesión al tratamiento y la CDV de los diabéticos.

También Bloom (1990) menciona que el apoyo social puede influenciar la CDV en general a través de dos formas; directamente, proporcionando información relevante o fomentando la motivación al implicarse en conductas adaptables, e indirectamente, provocando una mayor adhesión a las recomendaciones terapéuticas, proporcionando el apoyo instrumental necesario para conseguir seguir determinado tratamiento, ejercicio, dieta, programa de rehabilitación, etc.

Finalmente los resultados de nuestro estudio evidencian los presupuestos teóricos defendidos por Barrón (1996), Antunes y Fontaine (1994) y Vaz Serra (1999) cuando opinan que es el apoyo social un factor atenuante e amortiguador del impacto de las circunstancias inductoras de stress.

Calidad de Vida y Auto-Concepto

Los diabéticos estudiados presentaron un auto-concepto más pobre que los individuos de la población en general, los hombres presentan mejor auto-concepto que las mujeres. También Vaz Serra, Firmito, Barreiro y Fall (1985) verificó que las mujeres presentaban un auto-concepto más pobre que los hombres.

Registramos además una relación negativa y muchísimo significativa del Fact.2 - Auto-Concepto - “auto-eficacia” con la nota global de la CDV, lo que significa que cuanto mejor el auto-concepto, mayor es la CDV del diabético.

Para esta variable no encontramos ningún autor que hubiese estudiado su relación directa con la CDV del diabético. Sin embargo, los estudios de Vaz Serra *et al.* (1987) enfatizan que el auto-concepto se vuelve predictivo de un buen o mal ajustamiento.

También Aalto *et al.* (1997) llegaron a la conclusión de que las expectativas de auto-eficacia se asociaban a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud más elevada.

Otra línea de investigación desarrollada por Crossman, Brink y Hauser (1987) mostró que la auto-eficacia juntamente con el auto-control y el tipo de tratamiento se revelaron predictores de la adhesión al tratamiento a largo plazo, explicando 50% de la variancia de la adhesión.

Calidad de Vida y Control Percibido

Descubrimos que algunas de las escalas de Control Percibido están asociadas a la CDV de los diabéticos, a saber:

- Cuanto mayores las atribuciones a la Internalidad al Control Personal y a la Previsibilidad, mayor la CDV.
- Cuanto mayor la Externalidad y el Control Médico, menor la CDV.

Los artículos revisados revelan que los diabéticos predominantemente internos en sus atribuciones de control de la diabetes disfrutaban de CDV más satisfactoria.

Así, Peyrot y Rubin (1994) llegaron a la conclusión de que el Locus-de-Control interno se asociaba de forma significativa al aumento del bienestar emocional, mejor auto-cuidado, mejor control de glucemia y consecuentemente mejor CDV.

El Locus-de-Control externo a su vez estaba asociado a complicaciones orgánicas relacionadas con la diabetes y la peor CDV.

A su vez, Konen, Summerson y Digman (1993) llegaron a la conclusión de que los diabéticos con niveles de HbA1c aceptables y mejor CDV, tenían percepciones de control interno más altas.

Calidad de Vida y Creencias en la Salud

La CDV de los diabéticos estudiados está asociada a las Creencias de Salud Relacionadas con la Diabetes que los mismos presentan, habiéndose observado que cuanto mayor la percepción de los Obstáculos y Beneficios del tratamiento, mayor percepción de la Gravedad y Vulnerabilidad a las complicaciones de la diabetes y mayor percepción de la Gravedad y Vulnerabilidad a las patologías no relacionadas con la diabetes, mayor CDV.

Ninguno de los artículos revisados investigó la relación de la CDV de los diabéticos con las Creencias de Salud de los mismos. Con todo, lo han hecho de forma indirecta, estudiando la relación de las creencias en la salud con la adhesión al tratamiento y control metabólico.

Relativamente a la relación de las Creencias de Salud con la adhesión al tratamiento observamos que:

- Cuanto mayor la percepción de los Beneficios, mayor la adhesión al tratamiento;
- Cuanto mayor la percepción de los Obstáculos, menor la adhesión al tratamiento;
- Cuanto mayor la percepción de la Gravedad de las Patologías no asociadas a la diabetes, menor la adhesión al tratamiento.

Estos resultados están de acuerdo con los estudios de Cerkoney y Hart, 1980 y Sjoberg *et al.*, 1988 cit in Bradley (1994).

Finalmente al pesquisar la relación de las Creencias de Salud con el nivel de control metabólico de la diabetes (HbA1c) verificamos que los mismos se encuentran asociados en la percepción de los obstáculos al tratamiento, verificándose que cuanto mayor la percepción de los obstáculos mejor control metabólico.

Estos resultados no están de acuerdo con los estudios de Bond, Aiken y Somerville, (1992) y Sjoberg *et al.*, (1988) cit in Bradley (1994) que verificaron que los sujetos con valores más elevados de beneficios percibidos al tratamiento y menos elevados de obstáculos percibidos tenían buenos niveles de control de la diabetes.

Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar

La investigación ha demostrado que la atmósfera y el relacionamiento familiares son factores importantes en la promoción de la CDV de los diabéticos.

Fue también nuestro objetivo comprender de qué forma la funcionalidad de la familia influenciaba la calidad de vida del diabético.

Los resultados de nuestro estudio están en consonancia con la literatura, ya que la funcionalidad familiar (apego familiar) se correlacionó de forma significativa con las dimensiones y nota global de la CDV, en el sentido de que cuanto mayor la funcionalidad familiar mayor CDV.

Amaral (1997) opina que las interacciones familiares interfieren en la adhesión al tratamiento. Así, la cohesión y organización en el seno de la familia y un adecuado apoyo familiar, están asociadas a una mejor adhesión y control metabólico.

También Konen *et al.* (1993) al determinar si el Control Metabólico en diabéticos adultos tipo 1 se relacionaba con la función familiar percibida, con el afecto y con el locus-de-control, llegaron a la conclusión de que a través del análisis de la función discriminante de los diabéticos, los que presentaban niveles de HbA1c aceptables tenían una cohesión familiar más elevada, más afecto y percepciones de control interno más altas.

Habiéndose verificado que las variables psico-sociales se asociaron a la CDV, se podrán colocar las siguientes cuestiones:

5. Será que las variables psico-sociales predicen la calidad de vida?

6. Será que las variables psico-sociales en interacción con el estado de ánimo depresivo predicen la calidad de vida?

Considerando al diabético como un todo biopsico-social, se ensayó un modelo explicativo que permitiese observar el poder contributivo y predictivo de las variables psico-sociales en la calidad de vida.

Los análisis de regresión múltiple efectuadas, permitieron inferir que el modelo propuesto estaba apoyado por evidencias empíricas y estadísticas, verificándose así las hipótesis de investigación.

Sobre las mismas nos volcaremos a continuación.

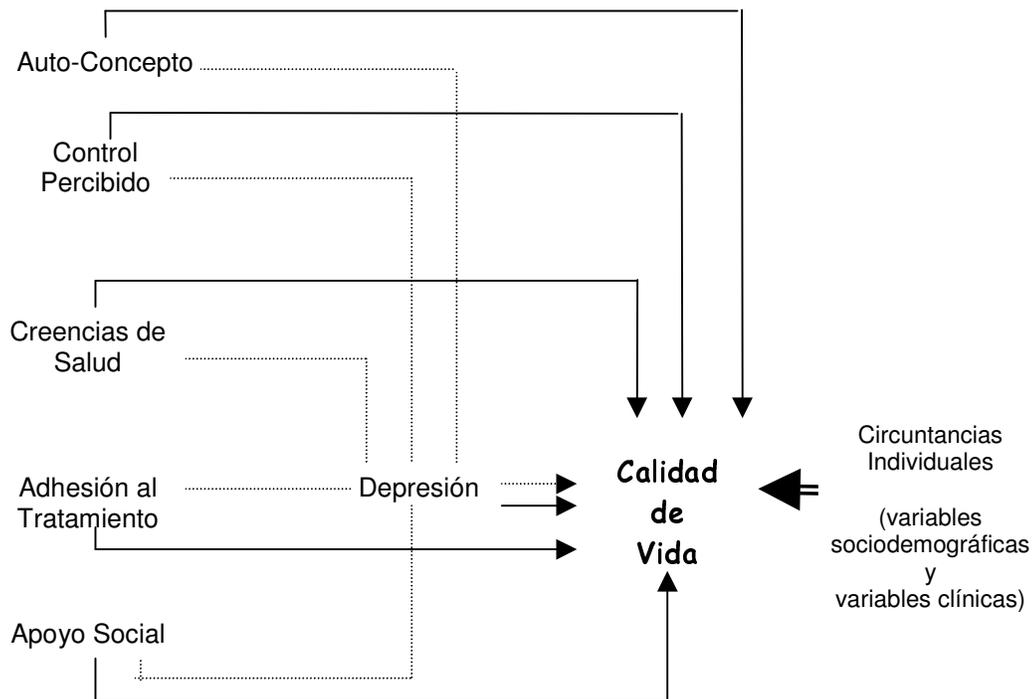
Relativamente a la primera cuestión se observó que las variables Apoyo Social (Fact.1 - apoyo de información y Fact.2 - apoyo emocional), estado de ánimo depresivo y externalidad (de la escala de control percibido) y creencias en los beneficios del

tratamiento predicen la CDV de los diabéticos estudiados, explicando 52.30% de la variancia del nivel de CDV.

También Tillotson *et al.* (1996) llegaron a la conclusión de que el Locus-de-Control interno se reveló predictor estadísticamente significativo de la CDV de los diabéticos.

En lo que concierne a la segunda cuestión los resultados nos dicen que los “efectos de interacción”, se hicieron sentir en la predicción de la calidad de vida. Así, la interacción de las variables Externalidad, Control Médico, Obstáculos del Tratamiento, Casualidad/Suerte, Auto-concepto - Fact.2 - Auto-eficacia, Beneficios del Tratamiento y Fact.2 del Apoyo social - “Apoyo Emocional con la variable estado de ánimo depresivo explican 49.00% de la variancia de la CDV.

Tras el análisis estadístico el modelo de predicción de la Calidad de Vida anteriormente propuesto, sufrió una pequeña alteración. La única variable que no entró en el modelo fue la funcionalidad familiar, aceptándose como posibles las siguientes relaciones:



CONCLUSIONES

Pensamos que los resultados obtenidos constituyen una contribución para la comprensión de los factores que influyen la calidad de vida en los Diabéticos tipo 1.

Para un mejor control metabólico se subraya la necesidad de prestar atención a los siguientes factores:

El primero, consiste en ofrecer más apoyo social relativo a la enfermedad por parte de los profesionales de la salud, sobre todo a través de comportamientos de apoyo de tipo informativo e instrumental como por ejemplo, enseñanza de técnicas de inyección de insulina, educación acerca de la importancia de la dieta, prevención relativamente a la posibilidad de las crisis de hiper e hipoglucemia. Además de este tipo de apoyo, se realza la importancia del apoyo de tipo emocional como el escuchar las quejas del diabético sobre el tratamiento de la diabetes, encorajar, dar ánimo e incentivar para la importancia del auto-control de la enfermedad.

Un segundo factor considera la importancia de la manutención de un programa de ejercicio físico regular como forma de mantener niveles óptimos de control metabólico (bajos niveles de hemoglobina). Por último, el aprendizaje de un conjunto de estrategias de confrontación con la diabetes de tipo instrumental como la resolución de problemas específicos en la enfermedad, el comportamiento asertivo, buscar la ayuda de los demás, planear analizando información relevante para el problema, que pretenden influenciar el control metabólico.

Tanto la familia como los profesionales de la salud se perfilan como las fuentes determinadas para un mejor control de la diabetes mellitus tipo 1. De este modo, mantener a los miembros familiares envueltos en el cuidado de la diabetes no sólo a través de la ayuda en tareas del tratamiento sino también en el apoyo informativo e instrumental, es esencial para una buena adhesión al tratamiento de esta enfermedad. Adicionalmente, los profesionales de salud, deben considerar formas de supervisar las acciones del tratamiento así como de suministrar apoyo emocional relativo a la gestión de la enfermedad.

Para concluir, nos gustaría subrayar la importancia de hacer investigación en la diabetes, al amparo de los abordajes multidimensionales y multifactoriales. A pesar de reconocer que este trabajo ofrece apenas una visión fraccionada de la complejidad de esta enfermedad, nos parece que algunos de los factores no físicos en el control de la diabetes tipo 1, fueron reconocidos.

Los resultados del presente estudio demuestran la influencia de varias variables en la calidad de vida de las personas con diabetes. Pero lo que parece confirmarse es el

hecho de que, como dice Bowling (1994), para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud son fundamentales e imprescindibles las percepciones de los individuos sobre su propia salud.

Pensamos además que los resultados de nuestro estudio podrán tener implicaciones terapéuticas y preventivas. Sin embargo, no todas las variables psico-sociales estudiadas tendrán la misma relevancia en términos de posibilidad de intervención terapéutica.

Con todo, entendemos que éste no debe ser el único criterio a tener en cuenta, pues algunas variables podrán ser menos pasibles de ser modificadas por intervención terapéutica (sobre todo psicológica), pero siguen teniendo relevancia teórica.

Esta comprensión podrá contribuir para la realización de estudios que profundicen algunas de las cuestiones relacionadas con esta problemática y expliquen cómo es que las variables psico-sociales contribuyen para la adopción de un determinado Comportamiento en Salud, y cuales son las líneas de fuerza psico-sociales/familiares que aumentan las respuestas del diabético y de qué forma los familiares, bien intencionalmente, bien inadvertidamente sirven como factores de adhesión al tratamiento.

De las variables estudiadas pensamos que el Apoyo Social será determinante en términos de promoción y manutención de la CDV, influenciándola de forma directa e indirecta. Por ejemplo, los individuos que se considera que corren riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas (diabéticos deprimidos, mayores, analfabetos o con reducida escolaridad) deben recibir una atención particular por parte del equipo de salud, especialmente vigilancia clínica y de laboratorio más frecuente, de forma a ayudarlos a mantener el control metabólico.

Para alcanzar este objetivo se hace necesario maximizar la Educación para la Salud (ésta se relaciona con el “apoyo informativo”). Se pueden enseñar (técnicas de control de la glucemia capilar, de preparación y administración de la insulina, del uso del glucómetro, de los bolígrafos, etc).

Estos conocimientos terapéuticos incluyen el aprendizaje de estrategias de auto-control (dieta, ejercicio físico, cuidado con los pies...). Las estrategias de resolución de problemas y de aptitudes para saber convivir con la diabetes y con sus complicaciones, especialmente hipoglucemia e hiperglucemia, deben merecer una atención particular.

Nos gustaría añadir que consideramos primordial la existencia de un equipo de salud multidisciplinar (médico, enfermero, psicólogo de la salud, asistente social, nutricionista...) para atender al diabético, pues sólo así será viable promover y mantener la CDV del diabético.

Cabe resaltar que para comprender mejor esta realidad, será aconsejable la implantación de investigaciones que presenten un design longitudinal que permita comprender cómo evoluciona el nivel de calidad de vida a lo largo de la duración de la enfermedad, principalmente porque se trata de una enfermedad en la que, probablemente, desde el punto de vista clínico, determinadas variables psicológicas son más importantes que otras.

Finalmente, es importante acentuar la necesidad de que futuras investigaciones analicen otras variables que, quizás, contribuyan para hacer más complejos lo modelo aquí presentado, para que sea posible intervenir más consistentemente en la promoción de la calidad de vida global en el diabético tipo 1.

Referências Bibliográficas

Aalto, A. M.; Aro, A. R. (1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. *Finland. Patient*,30(2), 215-225.

Amaral, A. P. (1997). Aspectos Psicológicos do Doente com Diabetes Mellitus. In Ribeiro, J. L. (Eds). *Actas do 2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 105-118). Edições Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Amorim I. L. e Coelho, R. (2002) - Qualidade de vida e coping na doença crónica: um estudo com diabéticos não insulíndependentes. In *4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (resumos) Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

Antunes, C. & Fontaine, A. M. (1994) - Diferenças na Percepção do Apoio Social na Adolescência: Adaptação de uma Escala, O "Social Support Appraisals," (SSA) de Vaux *et al.* (1980). *Cadernos de Consulta Psicológica* (pp. 10-11). Porto: Instituto de Consulta Psicológica Formação e Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, 115-127.

Azeredo, Z. & Matos, E. (1989) - Avaliação do relacionamento do idoso com a família em Medicina Familiar. *Geriatrics*, 89(2), 24-30.

- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Bloom, J. R. (1990). The relationship of social support and health. *Social Science and Medicine*, 30(5), 635-637.
- Bott, U. *et al.* (1998). Validation of a Diabetes-Specific Quality-of-life Scale for Patients With Type I Diabetes. *Diabetes Care*, 21, 757-769.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Madrid: Masson, S. A.
- Bowling, A. (1995a). *Measuring Disease - A Review of Disease-Specific Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham-Philadelphia.
- Bowling, A. (1995b). The Concept of Quality of Life in Relation to Health. *Medicina nei Secoli Arte e Scienza*, 7 (3), 633-645.
- Bradley C. (1994). Contributions of psychology to diabetes management. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 11-21.
- Bradley C. (1994). *Handbook of Psychology and Diabetes: a Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice*. London: Harward Academic Press.
- Bradley, C. (1994). What About Quality of Life?. *The Diabetes Control Complications Trial*. British Diabetic Association.
- Bradley, C., Brewin, C. R., Gamsu, D. S. & Moses, J. L. (1984). Development of scales to measure perceived control of diabetes mellitus and diabetes related health beliefs. *Diabetic Medicine*, 1, 213-218.
- Bradley, C. (1999, Novembro, 22) - 35th Annual Meeting of the European Association for the Study of Diabets. *Notícias Médicas*.
- Crossman, H. Y.; Brink, S.; Hauser, S. T. (1987) - Self-Efficacy in Adolescent Girls and With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Diabetes care*, 10 (3) , 324-329.
- D'Hainaut, L. (1990) - *Conceitos e métodos da estatísticas*. Vol. 1. Lisboa: Fundação Calouste GulbenKian.
- DIABETES CONTROL COMPLICATIONS TRIAL (DCCT) (1994). British Diabetic Association.
- Eiser, C. *et al.* (1992). Quality of life in Young Adults with Type 1 Diabetes in Relation to Demographic and Disease Variables. *Diabetic Medicine*, 375-378.

- Elbagir, M. N. *et al.* (1999). Health-Related Quality of Life in Insulin-Treated Diabetic Patients in the Sudan. *Diabetes Res Clin Prac*, 46 (1), 65-73.
- Gill, T. M. e Feinstein, A. R. A. (1994). A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-life Measurements. *JAMA*, 272 (8), 619-626.
- Hanestad, B. R. (1993). Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with tipe1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 19, 139-149.
- Hanestad, B. R., Hornquist, J. O. E Albrektsen, G. (1991). Self-Assessed Quality of Life and Metabolic Control in Persons with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM). *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 19.
- Hanninen, J. A., Takala, J. K. e Keinanen-Kiukaanniemi, S. M. (1999). Depression in Subjects With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 22 (6), 997-999.
- Jacobson, A. M., Degroot, M. e Sanson, J. A. (1994). The Evaluation of Two Measures of Quality of Life in Patients with Type I and Type II diabetes. *Diabetes Care*, 17, 267-274.
- Jacobson, A. M. (1997). Quality of Life in Patients With Diabetes Mellitus. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 2(1), 82-93.
- Johson, J. A., Nowatzki, T. E. e Coons, S. J. (1996). Health- Related Quality of Life of Diabetic Pima Indians. *Med Care*, 34, 97-102.
- Kick, S. (1999). Depressão e Doença Médica: compreender os elos de ligação. *Patient Care*, edição portuguesa, 8-15.
- Konen, J. C.; Summerson J. H.; Dignan, M. B. (1993). Family function, stress, and locus of control. Relationships to glicemia in adults with diabetes mellitus. *Arch. Fam. Med*, 2(4), 393-402.
- Kotsanos, J. A. *et al.* (1997). Health-Related Quality-of-life Results From Multinational Clinical Trials of Insulin Lispro – Assessing benefits of a new diabetes therapy. *Diabetes Care*, 20 (6), 948-958.
- Leedom, L. *et al.* (1991). Symptoms of Depression in Patients with II Diabetes Mellitus. *Psychosomatics*, 32 (3), 280-286.
- Lloyd, C. E. E Orchard, T. J. (1999). Physical and Psychological Well-Being in Adults with Type 1 Diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*, 44 (1), 9-19.
- Lustman, P. J. e Clouse, R. E. (1997). Identifying Depression in Adults With Diabetes. *Clinical Diabetes*, 15 (2).

- Lustman, P. J. *et al.* (1992). Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 15, 1631-1639.
- Matos, A. P. (2000) - Estudo de alguns aspectos emocionais e cognitivos na diabetes. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 173 – 182.
- Matos, A. P. & Ferreira, A. (2000) - Desenvolvimento de uma escala de apoio social. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 243-251.
- Matos, A. P. (1999, Janeiro) - *Desenvolvimento de instrumentos de avaliação para o estudo da diabetes: Desenvolvimento de uma escala de “Adesão ao Tratamento”*. No Prelo. Trabalho apresentado nas Jornadas da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento, Coimbra.
- Meyer-Heintze, V. (1999). Diabetic Foot from the Social Medicine Viewpoint. *Zentralbl Chir*, 1 (124) 45-48.
- Nunes, M. M. J. C. (1999) - *Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das Variáveis Psicossociais*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de Mestrado.
- Polit, F. D., Hungler, P. (1994) - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3.^a ed.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Price, P. e Harling, K. (2000). The Impact of Foot Complications on Health- Related Quality of Life in Patients with Diabetes. *J Cutaan Med Surg*, 4 (1), 45-50.
- Reiber, G. E., Lipsky, B. A. e Gibbons, G. W. (1998). The Burden of Diabetic Foot Ulcers. *Am J Surg*. 176, (2A Suppl), 5s-10s.
- Rubin, R. R., Peyrot, M. (1999). Quality of Life and Diabetes. *Diabetes Metab Res Ver*, 15 (3), 205-218.
- Schipper, H.; Chinch, J.; Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.) *Quality of life assessments in clinical trials* (pp. 11-24). New York: Raven Press.
- Sousa, D. M. S. R. (1999) - *A Pessoa com acidente vascular cerebral e a família no distrito de Viseu*. Dissertação de mestrado. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Tillotson, T. M. & Smith, M. S. (1996) - Locus of Control, Social support, and adherence to the diabetes regimen. *Diabetes Educ*, 22(2), 133-139.
- Turtle, J. R. (1994). *Dialogue*. Diabetes Literature Review Service First Quarter.

U. K. PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP (1998). Tight Blood Pressure Control and Risk of Macrovascular and Microvascular Complications in Type 2 Diabetes (UKPDS 38). *Br Med J*, 317, 703-713.

Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research and intervention*. New York: Praeger.

Vaux, A. (1992). Assessment of social support. In H. Viel & U. Baumann (eds.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 193-216). New York: Hemisphere.

Vaz Serra, *et al* (1987) - Autoconceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 97 – 102.

Vaz Serra, A. (1994) – IACLIDE – *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Vaz Serra, A. (1999) - *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: ed. de Autor.

Vaz Serra, A. S. e Abreu, J. L. P. C. (1973) – Aferição dos Quadros Clínicos Depressivos – Ensaio de Aplicação do «Inventário Depressivo de Beck» a uma Amostra Portuguesa de Doentes Deprimidos. *Separata da Coimbra Médica*, XX (VI), 623-644.

Vaz Serra, A.; Firmino, H.; Barreiro, E.; Fall, I. (1985) - Auto-conceito, solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão. *Psiquiatria Clínica*, 10(3), 157-164.