

LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES CON DIABETES

Suero Girardi, Margarita N.
Universidad Católica del Uruguay
margarita.suero@gmail.com

Material original autorizado para su primera publicación en la revista académica Hologramática

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar una revisión bibliográfica sobre la diabetes en los adolescentes uruguayos y su posible incidencia en la calidad de vida de dicha población aunque los estudios presentados corresponden a poblaciones norteamericanas debido a la falta de datos locales). El interés al respecto se basa en que los datos oficiales presentan una prevalencia de un 8.2% en la población adulta diagnosticadas dicha enfermedad, mientras que para la población adolescente, la prevalencia es de 1 en 2000 de diabéticos por sanos para la diabetes Tipo 1 y valores entre el 8 al 45% de los diagnósticos de diabetes infanto –juvenil para la diabetes Tipo 2. Se estima que plantear estos antecedentes puede abrir espacios para triangular estudios con otras variables asociadas a las planteadas en este artículo, tales como la depresión.

El marco teórico empleado corresponde a la Psicología Positiva, específicamente a las áreas de Calidad de Vida o Bienestar Subjetivo.

Palabras clave: Calidad de vida, Bienestar, Diabetes, Adolescentes

ABSTRACT:

QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS WITH DIABETES

This paper aims to provide a literature review on Uruguayan diabetic adolescents and the potential impact on their quality of life (although the studies presented are applicable to North American populations due to the lack of local data).

The interest in this regard is based on official data showing a prevalence of 8.2% in the adult population diagnosed with the disease, whereas for the adolescent population, the prevalence is 1 in 2000 healthy for diabetics for type 1 diabetes, and 8 to 45% of the diagnoses of child and adolescent diabetes for type 2 diabetes.

It is estimated that raising these records may create opportunities to triangulate study of other variables associated with those presented in this article, such as depression.

The theoretical framework used corresponds to Positive Psychology, specifically in the areas of Quality of Life or Subjective Well-Being.

Keywords: Quality of Life, Well-being, Diabetes,

Introducción

El presente trabajo pretende proporcionar una visión actual del concepto de calidad de vida, entendiendo al mismo como una manera de “contribuir al estudio del bienestar de las personas, tanto desde la perspectiva del bienestar físico como del bienestar psicológico” (Tonon, 2005, p.44).

El objetivo principal consiste en mostrar un panorama actualizado acerca de la conceptualización de la calidad de vida en adolescentes con diabetes, mediante una revisión bibliográfica sobre la temática. Para lograr dicho objetivo, será necesario mencionar, brevemente, la evolución a la que han sido sometidos los indicadores de calidad de vida a través de los años. El marco teórico empleado corresponderá a la Psicología Positiva, en las áreas de Calidad de Vida y Bienestar Psicológico.

El interés por este tema ha surgido a partir del desarrollo del conocimiento alcanzado, en las últimas décadas, en el área de Psicología Positiva. Estos nuevos abordajes permiten aproximarse a la problemática en cuestión, de una forma novedosa, y en la que se enfatice el poder que tienen los procesos psicológicos sobre el bienestar del individuo y su capacidad sanadora. La diferencia principal que tiene este enfoque sobre los tradicionales, consiste en priorizar la perspectiva “positiva” del ser humano, en contraposición a los aspectos psicopatológicos. Sin embargo, este enfoque aún no cuenta con la cantidad de investigaciones científicas que sí ha tenido el tradicional. En este sentido, es esclarecedor el estudio realizado por Kim-Prieto, Diener, Tamir, Scollon y Diener (2005) quienes encontraron, en un análisis bibliométrico, a partir de las publicaciones que figuran en PsychInfo que, casi 30.000 se dedicaban a la depresión mayor y 40.000 al estrés; en tanto, solo cerca de 4.000 estudios tenían como objetivo la “satisfacción vital” y la “felicidad”, componentes principales de la calidad de vida.

Finalmente, en los apartados siguientes de este trabajo, se podrán observar distintos momentos en la búsqueda de indicadores de calidad de vida, aproximaciones a la definición de calidad de vida (así como de los elementos que engloba el concepto), los principales aportes teóricos en la temática y, para concluir, se mostrará la relación existente entre la calidad de vida, la salud y la enfermedad, orientados a la población de

adolescente con diabetes.

1) **Calidad de vida: conceptualización teórica**

1.1) **La búsqueda de indicadores de la calidad de vida**

(...) el intento de monitorizar la salud mental, la satisfacción vital y el bienestar psicológico de la gente surge de ese ferviente deseo de encontrar indicadores sensibles y sustantivos que sirvan de termómetro del estado emocional de una nación y recoger de ese modo un aspecto insoslayable de la calidad de vida. Desde ese punto de vista, nos parece realmente inobjetable, y una empresa de gran alcance, el intento por desarrollar y emplear ese tipo de índices (Vázquez, 2009b, p.116).

Tal como sugiere Vázquez (2009a, 2009b) y Estes (1999), el *intento por desarrollar y emplear* indicadores que permitan determinar el nivel de satisfacción de los ciudadanos ha sido una creciente necesidad, desde mediados de la década del '30.

Entre esos primeros trabajos, se encuentran los realizados por el economista inglés Pigou (Tonon, 2007, 2008; 2005) quien, en 1932, intentaría cuantificar los costos sociales del estado, procurando calcular un *producto social neto* sobre la base de la calidad de vida.

Uno de los primeros indicadores de bienestar humano propuestos fue el índice del PIB (Producto Interno Bruto), sin embargo éste no resultó de utilidad debido a que no contemplaba las evaluaciones subjetivas –o no económicas– de los acontecimientos (Estes, 1999).

Más tarde, sería la ONU, mediante su Comité de Expertos, la encargada de elaborar un informe acerca de cuáles serían los métodos más apropiados para “definir y evaluar el nivel de vida y sus variaciones en los diversos países, teniendo en cuenta la conveniencia de permitir comparaciones en el plano internacional” (Naciones Unidas [ONU], 1961, p.1).

En este sentido, establecería que la mejor manera para evaluar los niveles de vida, sería

a través de distintas esferas generales, representadas cuantitativamente en forma de indicadores, que permitieran la posterior comparación internacional de los datos. Los indicadores propuestos serían: Salud (con inclusión de las condiciones demográficas), Consumo de alimentos y nutrición, Educación (con inclusión del alfabetismo y la enseñanza técnica), Empleo y condiciones de trabajo, Vivienda, Seguridad social, Vestido (con inclusión de las instalaciones domésticas), Esparcimiento y Libertades humanas (ONU, 1961).

A partir de la década del '60 el concepto de bienestar sería ampliado para que no solo estuviera asociado a cuestiones materiales sino también incluyera valores humanos (Tonon, 2005). De esta manera, y en función a dicha reconceptualización, los estudios científicos en esta temática comenzarían lentamente a cobrar mayor importancia (Vázquez, 2009; Wills-Herrera, Islam & Hamilton, 2009).

Posteriormente otros indicadores serían propuestos, tales como el *Índice de la Calidad Física de Vida (ICFV)* de Morris (Estés, 1999; Tonon, 2007, 2008), por medio del cual se evaluaban distintas tasas nacionales en el tiempo (mortalidad infantil, expectativa de vida y alfabetismo en adultos); el *Índice de Vulnerabilidad Social Nacional* o *Índice de Progreso Social (IPS)* –como sería llamado luego– de Estes (1999; Tonon, 2007, 2008), utilizado para determinar el grado de satisfacción de las necesidades sociales de una nación.

En 1995 se fundaría la *International Society for Quality of Life Studies (ISQOLS)*, con el objetivo de promover estudios a nivel mundial sobre la calidad de vida de los individuos (Tonon, 2007, 2008), en forma interdisciplinaria, en las áreas de psicología, medicina política, social, entre otras áreas enfocadas al desarrollo y al medio ambiente. De esta manera, se conseguiría establecer al estudio de la calidad de vida como un área de investigación específica de las ciencias sociales (Tonon, 2005). Actualmente, la investigación en calidad de vida comprende el estudio del entorno material (bienestar social) y del entorno psicosocial (bienestar psicológico) (Tonon, 2005).

Cabe resaltar que, si bien desde hace algunas décadas, tal como hemos enlistado, ha aumentado el interés en la investigación científica sobre la calidad de vida, es de

extrañar el poco alcance que la temática ha tenido en la historia, en relación a otras (casi 10 veces menor en comparación a estudios sobre depresión o estrés, según Kim-Prieto et al., 2005). Pensamientos que se encontraban presentes en los trabajos de Watson, en la década del '30 y que sorprenden por su certeza, aún en la actualidad:

No existe empresa humana que pueda presumir de tener tantos seguidores como aquella de la búsqueda de la felicidad y satisfacción en la vida (...) Por lo tanto, es extraordinario y casi increíble que se hayan hecho tan pocos intentos por aplicar las técnicas de la investigación psicológica para comprender la naturaleza de la felicidad (Watson, 1930: 79).

1.2) Acercándonos al concepto de calidad de vida

Cummins (2000) plantea que no existen reglas completamente aceptadas para nombrar a los constructos referidos a la felicidad humana, siendo ésta tan solo una de las dificultades que encontramos al aproximarnos a la temática.

Veenhoven (2009) afirma que los términos calidad de vida, bienestar subjetivo y felicidad, corresponden a los mismos conceptos, por lo que podrían utilizarse indistintamente. En cambio, Vázquez (2009b) plantea que el concepto de bienestar se circunscribe en el concepto de calidad de vida. Por otra parte, Tonon (2005) menciona que la teoría de bienestar sustenta la definición de los indicadores de calidad de vida y que, por lo tanto, al referirnos a la calidad de vida de las personas, nos conducirá al concepto de bienestar.

Es pertinente, luego de ese acercamiento inicial a la calidad de vida, definir los conceptos mencionados, buscando facilitar la comprensión sobre el tema.

Por un lado, se describe el concepto de *calidad de vida* propiamente como "...las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se hallan inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y

las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales” (Casas, 1999, p.100). Tonon (2005, p.44), sostiene que se trata de una manera de “...contribuir al estudio del bienestar de las personas, tanto desde la perspectiva del bienestar físico como del bienestar psicológico, relacionando las necesidades materiales con las socioafectivas e integrando mediciones psicológicas y psicosociales de percepción y evaluación de las propias experiencias de los sujetos”.

Por otro lado, el concepto de *bienestar subjetivo* (BS), para Diener (2006), comprende todos los tipos de evaluaciones, positivas o negativas, que hacemos de nuestras vidas; incluyendo las evaluaciones cognitivas reflexivas (por ejemplo, las que hacemos en relación a la satisfacción con la vida y con el trabajo, nuestros compromisos e intereses y las reacciones afectivas que tenemos ante los eventos vitales). Por lo tanto, el autor, considera al BS como un “...término paraguas para las diferentes evaluaciones que las personas hacen con respecto a sus vidas, los eventos que les ocurren, sus cuerpos y mentes, y las circunstancias en las que viven” (Diener, 2006, p.153, traducción propia). Kim-Prieto et al. (2005) enlistan como componentes del BS a la felicidad, la satisfacción con la vida, los logros y, como componentes nucleares, la evaluación cognitiva y afectiva de la vida. Es así que, si bien el BS es un concepto unitario, puede variar con el tiempo debido a que se basa en los eventos vitales, las reacciones afectivas frente a los mismos (tanto positivas como negativas) y al juicio global sobre la propia vida, o la evaluación de la *vida como un todo*¹ (*life-as-a-whole*) (Şimşek, 2008; Ehrhardt, Saris & Veenhoven, 2000; Glatzer, 2000; Tiliouine, 2009; Busseri, Sadava, Molnar & DeCourville, 2009). Alexandrova (2005) plantea que lo esencial en el estudio del BS es que permite a las personas evaluar sus vidas de acuerdo a lo que ellas mismas consideran como importantes; concepto al que se refiere Cummins (2000; Tonon, 2005) bajo el nombre de *satisfacción*. Al mismo tiempo, el autor sugiere que el BS incorpora componentes *cognitivos* que pueden describirse, tanto, como la suma de satisfacciones en distintos dominios de la vida (*calidad de vida subjetiva*), o como una evaluación global sobre "la vida como un todo" (*satisfacción con la vida*); y componentes *afectivos*, que pueden describirse como el resultado de varios ítems, positivos y negativos, dentro

¹ Para profundizar en las dificultades de hacer evaluaciones de la vida como un todo (o life-as-a-whole) ver Vázquez (2009); Kim-Prieto et al. (2005); Şimşek (2008).

de una misma escala. A la vez, propone que el BS comprende dos ejes, uno objetivo y otro subjetivo, que deberán ser concebidos a la hora de evaluar dicho concepto.

En cambio, en cuanto al concepto de *felicidad*, Veenhoven (2009, p.4, traducción propia), lo define como el grado en que una persona evalúa "...su vida como un todo en forma favorable". Aclarando, posteriormente que, la felicidad implica una graduación, en más o menos, mediante la cual, la persona evalúa su propia vida favorablemente. Ésta denota únicamente el estado de esa persona, no pudiendo utilizarse para comunidades. Al mismo tiempo, dicha evaluación comprende experiencias pasadas y futuras, por lo que se deberá estimar un promedio sobre los eventos vividos como un todo y no en dominios específicos. Sin embargo, este concepto presenta la desventaja, a diferencia de los otros dos, que no es considerado como tan "científico", por lo que su uso es más restringido (Veenhoven, 2009; Griffin, 2006).

Para concluir, retomamos lo expresado por Cummins (2000) más arriba, en cuanto que si bien no hay reglas para nombrar a los constructos referidos a la felicidad humana, y que, en muchos de los casos, podrían utilizarse los términos de calidad de vida, bienestar subjetivo e inclusive felicidad como sinónimos, creemos que lo importante es señalar que, más allá del término empleado, el concepto que destacamos de los mismos es que consisten en una evaluación compleja que realizamos de los aspectos que consideramos importantes de nuestra vida, incluyendo los ámbitos físicos, psicológicos, sociales y ambientales. O, dicho de otro modo, determinan las situaciones consideradas deseables para las personas, configurando un punto de referencia que separa el "buen" del "mal" vivir (Tonon, 2005).

1.3) Principales aportes teóricos en la temática

Cummins (2000; Cummins & Nistico, 2002) desarrolla una teoría denominada *Teoría Homeostática del Bienestar Subjetivo*, en la cual se establece, como su nombre indica, que el BS es mantenido bajo un control homeostático, que se da entre la personalidad y el medio. La influencia del medio se ve afectada por un sistema de control interno (creencias en la percepción de control, autoestima y optimismo) y uno externo (recursos que disminuyen el impacto de eventos negativos). Asimismo, estos controles –o

determinantes de segundo orden– dependen de factores de personalidad –o *determinantes de primer orden*–, tales como la extroversión o el neuroticismo, los cuales determinan el rango genético para BS. De esta manera, la homeostasis permite que las personas adapten sus *inputs*, positivos y negativos, siendo este el motivo por el que los grandes lujos o carencias materiales tienen impactos poco duraderos sobre la calidad de vida subjetiva.

Diener (2006; Schiffrin, Rezendes & Nelson, 2008; Diener, Scollon, Oishi, Dzokoto & Suh, 2000) formulan un modelo con algunas concordancias con el anterior, en cuanto que sus componentes incluyen la evaluación cognitiva (satisfacción con la vida) y la afectiva (emociones), pero la principal diferencia radica en que Diener separa los polos positivo y negativo de la evaluación afectiva y los considera como dimensiones distintas. Es así que, mediante la combinación de estos tres componentes, se crea una visión holística de la percepción global de la felicidad, en la cual ésta implica algo más que la simple suma de los mismos.

Lyubomirsky (Schiffrin, Rezendes & Nelson, 2008), por su parte, propone evaluar el bienestar mediante una evaluación global de la medida en la que se considera como una persona feliz, en lugar de evaluar los afectos por separado. De esta manera, permite identificar características relativamente estables de felicidad, independiente de los eventos vividos. Al mismo tiempo, plantea (Tkach & Lyubomirsky, 2006) algunos *predictores de felicidad* (tales como control mental –con relación inversa–, afiliación, religión, ir a reuniones o fiestas –*partying*–, ocio activo, entre otros), en el intento de identificar las estrategias que las personas utilizan para mantener o incrementar su felicidad, encontrando que las mismas se relacionan con los rasgos de personalidad, en el sentido que los rasgos favorecen el uso de algunas de las estrategias que incrementan la felicidad. Sin embargo, según Lyubomirsky (Tkach & Lyubomirsky, 2006), éstos no constituyen el único factor que determinan la felicidad, sino que las conductas volitivas también juegan un papel importante a la hora de buscar las estrategias adecuadas.

Seligman (Peterson, Park y Seligman, 2005) plantea la existencia de 3 orientaciones del bienestar, no excluyentes entre sí, que se asocian a la satisfacción con la vida (hedonismo, eudemonia y compromiso). Estas orientaciones, promueven acciones para

experimentar una *vida placentera* llena de emociones positivas, buscar el sentido o *propósito de la vida* y estar *comprometido* con las actividades que se realizan (Schiffirin, Rezendes & Nelson, 2008); pudiendo predecir la satisfacción con la vida. De esta manera, las personas que reportaron tener pocas conductas con esas orientaciones, también informaron sentirse poco satisfechos con sus vidas.

Para finalizar este apartado quisiéramos hacer referencia que, la mayoría de los autores mencionados previamente, cada uno a su manera, se encuentran trabajando para mejorar la calidad de vida de las personas, a nivel mundial. A modo de ejemplo mencionaremos el caso de Cummins, quien desde 2001, se encuentra desarrollando una red de colaboración internacional –*International Wellbeing Group*–, de más de 30 países, con el objetivo de comparar los hallazgos en diferentes contextos socio-políticoeconómico-culturales (Tonon, 2005).

2) La Calidad de vida

2.1) La Calidad de vida: Salud y Enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009b, párr.1) define a la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En este sentido, la calidad de vida se enmarca en la búsqueda del equilibrio entre la salud física, la salud mental y la salud social, así como también por la satisfacción generada al intentar mejorar nuestras condiciones de vida. Tal es el caso que, autores como Veenhoven (2008) plantean que esa satisfacción –o felicidad– podría considerarse como un factor de protección frente a la enfermedad. Resultados sumamente importantes, principalmente para las áreas de prevención primaria y secundaria, debido a que si bien la felicidad no cura a la enfermedad, sí protege de las enfermedades a la población sana.

Otros estudios en el tema (Busseri, Sadava, Molnar & DeCourville, 2009) sugieren que mayores niveles de bienestar subjetivo (BS) se relacionan con menos síntomas de enfermedad (física y mental), un relacionamiento interpersonal positivo y funcional, disposiciones temperamentales más adaptativas y estilos cognitivos de auto-mejora. Tal

es el caso que, niveles elevados de BS podrían considerarse como indicadores de un funcionamiento humano óptimo.

Asimismo, Veenhoven (2008) en sus estudios sobre la *infelicidad crónica*, postula que dentro de los efectos a largo plazo de la misma, se encuentran la alta presión arterial y la menor respuesta inmunitaria. Contrariamente, los estados mentales positivos pueden proteger contra la enfermedad, estableciendo que las personas felices viven más sanamente y realizan actividades, que a su vez, protegen su salud, como practicar deportes, alimentarse balanceadamente, moderar su consumo de alcohol y cigarrillos, entre otras.

En lo que refiere a la calidad de vida y la salud, Tiliouine (2009), siguiendo a autores como Diener y Cummins, plantea un paradigma biomédico de la calidad de vida, donde la salud y el bienestar son percibidos como un mismo constructo. Encontrando que, si bien los niveles promedios de satisfacción con la vida se encuentran cerca de 75 Porcentaje Máximo de Escala² ($75 \pm 2.5 \%SM$ para poblaciones occidentales, Cummins y Nistico, 2002), la media normativa para los pacientes con enfermedades crónicas, se situaron muy por debajo del rango establecido por dos desviaciones estándar.

2.2) La calidad de vida de pacientes adolescentes con diabetes.

La diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por la incapacidad del páncreas para producir niveles adecuados de insulina, o por la incapacidad del organismo para utilizar eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula los niveles de azúcar en sangre. Por lo tanto, el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), lo cual trae aparejadas consecuencias severas con el tiempo daña, en muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2009a).

La diabetes puede clasificarse en 3 tipos (Rickheim, Flader y Cartensen, 2000; Guzmán Saldaña y Silva Maldonado, 2010):

² El % Máximo de Escala, o %SM por sus siglas en inglés, corresponde a cualquier valor de una escala Likert, como si hubiera sido calificado en una escala medida en el rango de 0-100 (Cummins y Nistico, 2002).

- *Diabetes Tipo 1 (también conocida como Diabetes Juvenil o Diabetes Insulina-Dependiente)*: el origen es temprano (generalmente se presenta en la infancia o adolescencia). Se caracteriza porque es el propio sistema inmunológico de la persona quien destruye las células que producen la insulina en el páncreas. De esta manera, al ser incapaces de poder utilizar por su cuenta la glucosa necesaria para obtener energía, requerirán de dosis externas diarias de insulina (inyecciones).
- *Diabetes Mellitus Tipo 2 (o Diabetes de Desarrollo Adulto o Diabetes No Insulina-Dependiente)*: el origen generalmente es tardío (comúnmente en personas mayores de 45 años), aunque también puede presentarse en la niñez o adolescencia. En este caso, el páncreas no es capaz de producir la cantidad adecuada de insulina o el cuerpo no es capaz de utilizarla adecuadamente, por lo que la glucosa no es aprovechada en su totalidad por las células del cuerpo.
- *Diabetes Gestacional*: se origina durante el embarazo. Los cambios hormonales de dicho período requieren de niveles más elevados de insulina de la que el cuerpo es capaz de producir. Sin embargo, luego del parto, en la mayoría de los casos, los niveles de glucosa en la sangre se normalizan, aunque aumentan la probabilidad de tener diabetes tipo 2 posteriormente.

Según datos de la OMS (2009a), hay más de 220 millones de personas con diabetes en el mundo. La prevalencia de dicha enfermedad en el Uruguay es del 8.2% de la población adulta, según datos oficiales (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2009). Sin embargo, la prevalencia estimada de la Diabetes Tipo 1 en niños y adolescentes, es de 1 niño diabético cada 2000 sanos (Goldschmidt, Pisciotano, et al., 2006). Asimismo se espera un aumento del 40% de esa cifra para finales del 2010 (García, 2008). La prevalencia para la Diabetes Tipo 2 también ha aumentado considerablemente en los últimos años, según expresa García (2008), el cual constituía un diagnóstico excepcional en el pasado, actualmente las cifras varían entre el 8 al 45% del total de los diagnósticos de diabetes infanto-juvenil, dependiendo de distintos factores, entre ellos el área geográfica.

Adentrándonos a la calidad de vida en personas con diabetes, Wagner, Abbott y Lett

(2004) mantienen que estudios en la temática son muy importantes debido al impacto negativo que la enfermedad ha demostrado tener sobre la calidad de vida. Más aún, expresan que sería muy beneficioso poder relacionar el significado personal de la enfermedad con el bienestar de los pacientes, a fin de mejorar la calidad de los servicios de atención en relación a las demandas específicas de la población. Análogamente, Grandy, Chapman y Fox (2008), examinaron la calidad de vida de las personas con diabetes, formando 3 grupos: uno con aquellas personas con diagnóstico de diabetes, otro con personas con alto riesgo de tener diabetes –pero sin tenerla hasta ese momento– y un tercero para personas sin diabetes. Encontraron que la estimación de la calidad de vida y la depresión de las personas de los dos primeros grupos eran muy similares, pero significativamente diferentes a las de las personas sin diabetes, lo que podría estar indicando que la calidad de vida puede verse afectada por la acumulación de factores de riesgo aún antes de haber sido diagnosticados como diabéticos.

En este sentido, los factores de riesgo son aún mayores si consideramos a la población de adolescentes con diabetes. Tal es el caso al que de Witt et al. (2008) refieren, ratificando que los cambios hormonales y psicosociales a los que se ven sometidos los jóvenes, pueden traer complicaciones importantes en la regulación de su diabetes, conformando el grupo con el peor control de glicemia, en relación a otras edades. Esto se puede explicar debido a que una adherencia estricta al tratamiento genera un estilo de vida inflexible (Wagner, Abbott & Lett, 2004) que puede interferir con sus amistades, con sus deseos de “acoplarse” con sus pares y de ser “normal” (Aberastury y Knobel, 1971), afectando su calidad de vida, a corto y a largo plazo. A corto plazo porque si llevan controles rigurosos de sus conductas y de los niveles de glicemia, sus actividades sociales pueden verse afectadas; y a largo plazo, debido a que, si los jóvenes priorizan sus actividades sociales sobre los cuidados preventivos de la diabetes, aumentan las probabilidades de un peor pronóstico (riesgo de cardiopatía, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal, neuropatía, retinopatía y ceguera, úlceras y amputaciones de miembros inferiores, entre otras consecuencias) (de Witt et al., 2007; 2008; OMS, 2009a). De ahí la importancia de encontrar el equilibrio, al que nos referíamos inicialmente, entre el bienestar físico, mental y social, mediante el cual se preserve tanto el funcionamiento interpersonal como la salud.

De igual modo, Nansel et al. (2007) establecen que, el deterioro en el control de glicemia que acompaña a la adolescencia, ocasionado tanto por los cambios hormonales propios del período como por la baja adherencia, se asocia además con la toma de responsabilidades en lo que respecta a su salud, comportamiento que, en etapas previas, eran responsabilidad de sus padres. Por lo tanto, describen la necesidad de apuntar al desarrollo de esas habilidades de autocontrol, así como también considerar intervenciones múltiples, que incluyan a toda la familia, promoviendo las conexiones positivas con cuidadores (Mulvaney et al., 2008).

De Wit et al. (2007), encontraron resultados mixtos al comparar adolescentes con diabetes y sus pares sanos. De acuerdo a sus hallazgos, los adolescentes con diabetes tienden a informar un BS similar o mejor que sus pares. Mientras que, si se les preguntaba a sus padres cómo consideraban la salud de sus hijos, éstos valoraban peores condiciones de salud en comparación a las respuestas de los padres con hijos sanos. Sin embargo, las tasas de acuerdo entre los padres e hijos con diabetes eran moderadas, con grados de acuerdo sustancialmente mayores que para los padres e hijos sanos, fundamentalmente para las preguntas asociadas al bienestar físico. Por otro lado, si se comparaba la calidad de vida con los niveles de glicemia, los autores plantean resultados inconsistentes debido a que la mitad de los estudios encuentran asociaciones entre los niveles de glicemia y el bienestar, mientras que la otra mitad no. Por otro lado, subrayan la necesidad de realizar estudios longitudinales sobre el BS en adolescentes con diabetes, sobretodo, relacionados a los problemas de comportamiento y funcionamiento físico debidos al control glicémico. Otros de los hallazgos de de Wit et al. (2007) reflejan que las tasas de prevalencia de depresión entre adolescentes con diabetes y sin diabetes no resultaron elevadas, contrastando los estudios que reportan tasas de dos a tres veces mayores de depresión en adolescentes con diabetes (Katon, 2008).

En otro orden, Schram, Baan y Pouwer (2009), mediante una búsqueda bibliográfica sistemática, utilizando MEDLINE, PsychInfo, Social SciSearch, SciSearch y EMBASE, entre enero de 1990 a setiembre de 2007, buscaban encontrar relaciones entre la calidad de vida de las personas con diabetes y los síntomas depresivos: encontraron asociaciones moderadamente negativas entre los mismos. Precizando además que, las

personas con diabetes y síntomas depresivos, presentaron peores índices de bienestar, por lo menos en un dominio, en relación a sus pares diabéticos sin síntomas depresivos, y aún más bajos que personas sanas. Si bien estos estudios no fueron realizados en poblaciones adolescentes específicamente, resultan enriquecedores en el sentido que los síntomas depresivos deberían ser considerados como un factor adicional de riesgo a la calidad de vida de jóvenes con diabetes. Estos síntomas contribuyen a un peor autocuidado, disminuyen la adherencia al tratamiento, dificultan las relaciones interpersonales, producen mayores conflictos intrafamiliares, generan una visión negativa acerca de sí mismos, los demás y el futuro (Katon, 2008; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) entre otras consecuencias.

Por lo tanto, en síntesis, es necesario buscar caminos para poder acercarnos a los jóvenes con diabetes y ayudarlos, tanto a sí mismos como a sus familiares, para que puedan seguir mejorando el control glicémico, sin disminuir su calidad de vida. Asimismo, desde los centros de atención se deberá procurar tener especial cuidado en la prevención y precoz detección de los distintos factores de riesgos asociados a la diabetes en ese período evolutivo.

Conclusiones

El estudio científico sobre la calidad de vida, ciertamente no ha tenido un desarrollo fácil, sino que ha debido enfrentarse a numerosas dificultades en el proceso. Muchas de esas dificultades se vinculaban con el propio constructo que procuraban evaluar, fundamentalmente hasta que se llegara a ciertos acuerdos con respecto a qué es lo que significa la *calidad de vida*.

En este sentido, tal como fuera informado en el apartado pertinente, aún en la actualidad no hay una única definición de lo que entendemos por calidad de vida. Sin embargo, este no es el caso para los aspectos que, de cierta manera, la conforman. La calidad de vida se infiere a partir de las situaciones consideradas deseables para las personas, en distintos ámbitos de participación (físicos, psicológicos, social y ambiental) y sobre los cuales evaluamos, cognitivamente y afectivamente, configurando un punto de referencia a partir del cual, se “vive” bien.

En el caso de la calidad de vida en adolescentes con diabetes, pudimos encontrar que, si bien en diversos estudios (Schram, Baan y Pouwer, 2009; Grandy, Chapman y Fox, 2008; Katon, 2008; de Witt et al., 2007; Wagner, Abbott y Lett, 2004), la calidad de vida de estos jóvenes se encuentra afectada en relación a los grupos de control sanos, esto no se da en todos los casos. Por lo tanto consideramos pertinente plantear la necesidad de realizar nuevos estudios exploratorios, en esta oportunidad con muestras de nacionales, contrastando jóvenes diabéticos que tienden a la depresión y no, y un grupo control sano, de modo de poder contribuir al avance científico en la temática.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. and Knobel, M. (1971): *La Adolescencia Normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Alexandrova, A. (2005). Subjective Well-Being and Kahneman's 'Objective Happiness' [Bienestar Subjetivo y la "Felicidad Objetiva" de Kahneman]. *Journal of Happiness Studies*, 6 (3), 301-324.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979) *Terapia cognitiva de la depresión*, 5º edición, Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer
- Bowling, A.N., & Windsor, J.O. (2001). Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life [Hacia la buena vida: una encuesta poblacional de las dimensiones de la calidad de vida]. *Journal of Happiness Studies*, (July 2000), 55-81.
- Brülde, B. (2006). Happiness and the Good Life. Introduction and Conceptual Framework [La felicidad y la buena vida. Introducción y marco conceptual]. *Journal of Happiness Studies*, 8 (1), 1-14.
- Cummins, R.A. (2000). Personal income and subjective well-being: a review [El ingreso personal y el bienestar subjetivo: una revisión]. *Journal of Happiness Studies*, 133-158.
- Cummins, R.A., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias [Manteniendo la satisfacción con la vida: el papel de los sesgos cognitivos positivos]. *Journal of Happiness Studies*, (1954), 37-69.
- Davern, M.T., Cummins, R. & Stokes, M. (2007). Subjective Wellbeing as an Affective-Cognitive Construct [El bienestar subjetivo como un constructo afectivo-cognitivo]. *Journal of Happiness Studies*, 8 (4), 429-449.

- de Wit, M., Delemarre-van de Waal, H., Bokma, J. A., Haasnoot, K., Houdijk, M. C., Gemke, R. J., et al. (2007). Self-report and parent-report of physical and psychosocial well-being in Dutch adolescents with type 1 diabetes in relation to glycemic control [Auto-informe e informe de los padres del bienestar físico y psicosocial de los adolescentes holandeses con diabetes tipo 1 en relación con el control glicémico]. *Health and Quality of life outcomes*, 5, 10.
- de Wit, M., Delemarre-van de Waal, H., Bokma, J. A., Haasnoot, K., Houdijk, M. C., Gemke, R. J. , et al. (2008). Monitoring and Discussing Health-Related Quality of Life in Adolescents with Type 1 Diabetes Improve Psychosocial Well-Being. A randomized controlled trial. Seguimiento y discusión de la Calidad de Vida relacionados con la salud en adolescentes con Diabetes Tipo 1. Mejorar el bienestar psicosocial. Un ensayo controlado aleatoriamente]. *Diabetes Care*, 31 (8), 1521-1526.
- Diener, E. (2006) Guidelines for National Indicators of Subjective well-being and ill-being [Directrices para los Indicadores Nacionales de bienestar y malestar subjetivos]. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 151-157.
- Diener, E., Scollon, C.K., Oishi, S., Dzokoto, V., & Suh, E.M. (2000). Positivity and the construction of life satisfaction judgments: Global happiness is not the sum of its parts' [La positividad y la construcción de los juicios de satisfacción con la vida: la felicidad global no es la suma de sus partes]. *Journal of Happiness Studies*, 1pp, 159-176.
- Drakopoulos, S. (2007). The paradox of happiness: towards an alternative explanation [La paradoja de la felicidad: hacia una explicación alternativa]. *Journal of Happiness Studies*, 9 (2), 303-315.
- Ehrhardt, J., Saris, W. & Veenhoven, R. (2000). Stability of Life-Satisfaction over time [Estabilidad con la Satisfacción con la vida en el tiempo]. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 177-205.
- Emmanouilidou, E., Galli-Tsinopoulou, Karavatos, & Nousia-Arvanitakis, S. (2008). Quality of life of children and adolescents with diabetes of Northern Greek origin. *Hippokratia*, 12 (3), 168-75. Recuperado el 15 de enero de 2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18923667>.
- Estes, R. (1999). Hacia un índice de calidad de vida: enfoques empíricos para la evaluación del bienestar humano a nivel internacional. En Kliksberg, B. (Comp.).

- Pobreza: un tema impostergable*. CLAD-Fondo de Cultura Económica, 131-148
- Glasziou, P., Alexander, J., Beller, E., & Clarke, P. (2007). Which health-related quality of life score? A comparison of alternative utility measures in patients with Type 2 diabetes in the ADVANCE trial [¿Qué puntuación para la calidad de vida relacionada con la salud? Una comparación entre las medidas alternativas de utilidad en pacientes con diabetes tipo 2. Avance de prueba]. *Health and quality of life outcomes*, 5, 21.
- Glatzer, W. (2000). Happiness: Classic Theory in the Light of Current Research [Felicidad: Teoría Clásica en la Luz de Investigaciones Actuales]. *Journal of Happiness Studies*, 1 (4), 501-511.
- Grandy, S., Chapman, R.H., & Fox, K.M. (2008). Quality of life and depression of people living with type 2 diabetes mellitus and those at low and high risk for type 2 diabetes: findings from the Study to Help Improve Early evaluation and management of risk factors Leading to Diabetes (SHIELD) [Calidad de vida y depresión de las personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y los de bajo y alto riesgo de diabetes tipo 2: resultados del estudio para ayudar a mejorar la evaluación temprana y gestión de los principales factores de riesgo para la diabetes]. *International journal of clinical practice*, 62 (4), 562-8.
- García, M.V. (2008). Diabetes en el niño y el adolescente. ¿Qué debe saber el médico en el primer nivel de atención? *Tendencias*, 16 (32), 33-45
- Goldschmidt, E., Pisciotto, C., et al. (2006). *Diabetes en el Niño y el Adolescente*. Montevideo: Prensa Médica Latinamericana
- Griffin, J. (2006). What Do Happiness Studies Study? [¿Qué estudian los estudios sobre felicidad?]. *Journal of Happiness Studies*, 8 (1), 139-148.
- Guzmán Saldaña, R. y Silva Maldonado, P. (2010). *Psicodiabetes. Enfoque Biopsicosocial*. Bogotá: PSICOM Editores
- Hemert, D.A., Vijver, F.J. & Poortinga, Y.P. (2002). The beck depression inventory as a measure of subjective well-being: a cross-national study [El Inventario de Depresión de Beck como una medida de bienestar subjetivo: un estudio transnacional]. *Journal of Happiness Studies*, 257-286.
- Kalda, R., Rätsep, A., & Lember, M. (2008). Predictors of quality of life of patients with type 2 diabetes [Predictores de la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 2]. *Patient preference and adherence*, 2, 21-6. Recuperado el 15 de enero de

2010 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19920940>.

- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C., & Diener, M. (2005). Integrating The Diverse Definitions of Happiness: A Time-Sequential Framework of Subjective Well-Being [Integrando las diversas definiciones de Felicidad: un marco secuencial de bienestar subjetivo]. *Journal of Happiness Studies*, 6 (3), 261-300.
- McMillan, C.V., Honeyford, R. J., Datta, J., Madge, N. J., & Bradley, C. (2004). The development of a new measure of quality of life for young people with diabetes mellitus: the ADDQoL-Teen [El desarrollo de una nueva medida de la calidad de vida de los jóvenes con diabetes mellitus: el ADDQoL-Teen]. *Health and quality of life outcomes*, 2, 61.
- Mulvaney, S.A., Mudasiru, E.M., Schlundt, D.G., Baughman, C.L., Fleming, M., VanderWoude, A. et al. (2008). Self-management in Type 2 Diabetes: The Adolescent Perspective. *Diabetes Educ.* 34 (4), 674–682.
- Naciones Unidas (ONU) (1961). *Definición y medición internacional del nivel de vida. Guía provisional*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Nansel, T.R., Iannotti, R.J., Simons-Morton, B.G., Cox, C., Plotnick, L.P., Clark, L.M. et al. (2007). Diabetes Personal Trainer Outcomes: Short-term and 1-year outcomes of a diabetes personal trainer intervention among youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30 (10), 2471–2477.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009a). *Diabetes* [Nota descriptiva N°312]. Disponible en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009b). *Salud mental: un estado de bienestar*. Disponible en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Papadopoulos, A. Kontodimopoulos, N., Frydas, A., Ikonomakis, E., & Niakas, D. (2007). Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece [Predictores de calidad de vida relacionados con la salud en pacientes con diabetes tipo II en Grecia]. *BMC public health*, 7, 186.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life [Orientaciones hacia la felicidad y la satisfacción con la vida: la vida plena frente a la vida vacía]. *Journal of Happiness Studies*, 6 (1), 25-41.

- Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2009). *Educación y Orientación en Diabetes*. Disponible en el sitio web de la Presidencia de la República Oriental del Uruguay http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2008/04/2008040310.htm
- Rickheim, P., Flader, J. y Carstensen, K. (2000). Información básica sobre la diabetes tipo 2. En Guzmán Saldaña, R. y Silva Maldonado, P. (2010). *Psicodiabetes. Enfoque Biopsicosocial*. Bogotá: PSICOM Editores
- Schifffrin, H.H., & Nelson, S.K. (2008). Stressed and Happy? Investigating the Relationship Between Happiness and Perceived Stress [¿Estresado y Feliz? Investigando la relación entre la felicidad y el estrés percibido]. *Journal of Happiness Studies*, 11 (1), 33-39.
- Schram, M. T., Baan, C. a., & Pouwer, F. (2009). Depression and Quality of Life in Patients with Diabetes: A Systematic Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Current Diabetes Reviews*, 5 (2), 112-119.
- Seligman, M.E. (2008). Positive Health [Salud Positiva]. *Applied Psychology*, 57(s1), 3-18.
- Seligman, M.E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction [Psicología Positiva: una introducción]. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Şimşek, Ö.F. (2008). Happiness Revisited: Ontological Well-Being as a Theory-Based Construct of Subjective Well-Being [Felicidad revisitada: Bienestar ontológico como una teoría basada en el Bienestar Subjetivo]. *Journal of Happiness Studies*, 10 (5), 505-522.
- Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How Do People Pursue Happiness?: Relating Personality, Happiness-Increasing Strategies and Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 7 (2), 183-225.
- Tiliouine, H. (2009). Health and Subjective Wellbeing in Algeria: A Developing Country in Transition [Salud y bienestar subjetivo en Argelia: un país en transición con economías en desarrollo]. *Applied Research in Quality of Life*, 4 (2), 223-238.
- Tonon, G.H. (2005). Apreciaciones teóricas del estudio de la calidad de vida en Argentina. El trabajo que desarrolla el International Wellbeing. *HOLOGRAMÁTICA - Facultad de Ciencias Sociales - UNLZ - 2*, 2 (1), 27-49.

- Tonon, G. (2007). Investigar la calidad de vida en Argentina. *Psicodebate*, 8, 141-150.
- Tonon, G. (2008). Los estudios sobre la Calidad de Vida en la Aldea Global, en América Latina y en Argentina. Revisión conceptual, avances y desafíos. En Lucero, P. (editora), *Territorio y Calidad de Vida, una mirada desde la Geografía Local*, Grupo de Estudios sobre la Población y Territorio, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata. EUDEM, p.25-40.
- Vázquez, C. (2009a) La ciencia del bienestar psicológico. En Vázquez, C. y Hervás, G. (coords.). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2009b) El bienestar de las naciones. En Vázquez, C. y Hervás, G. (coords.). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Veenhoven, R. (2007). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care [Felicidad sana: efectos de la felicidad sobre la salud física y las consecuencias para un cuidado preventivo de la salud]. *Journal of Happiness Studies*, 9 (3), 449-469.
- Veenhoven, R. (2009). *Measures of Happiness. Introductory text [Medidas de Felicidad: texto introductorio]*. Consultado el 10 de febrero de 2010. Disponible en el Sitio Web del World Database of Happiness. www1.eur.nl/fsw/happiness/hap_quer/introtext_measures2.pdf
- Wagner, J, Abbott, G. & Lett, S. (2004). Age related differences in individual quality of life domains in youth with type 1 diabetes [Diferencias relacionadas con la edad en la calidad individual de los ámbitos de la vida de los jóvenes con diabetes tipo 1]. *Health and quality of life outcomes*, 2, 54.
- Watson, G. (1930) Happiness among adult students of education [La felicidad entre estudiantes adultos de educación]. En Vázquez, C. y Hervás, G. (coords.). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Wills-Herrera, E., Islam, G. & Hamilton, M. (2009). Subjective Well-Being in Cities: A Multidimensional Concept of Individual, Social and Cultural Variables [Bienestar Subjetivo en las Ciudades: un concepto multidimensional sobre variables sociales y culturales]. *Applied Research in Quality of Life*, 4 (2), 201-221.

Para citar este artículo:

Suero Girardi, Margarita N. (24-09-2010). LA CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES CON DIABETES.

HOLOGRAMATICA - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ Año VII, Número 13, V1, pp.67-87. ISSN 1668-5024

URL del Documento : cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1323

URL de la Revista : cienciared.com.ar/ra/revista.php?wid=3