

**CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO
2 DE CARTAGENA 2010**

INVESTIGADOR (ES)

**SINDY ACOSTA OSPINO
IVONNE CARMONA CASTILLA
ALEXANDRA JAIMES SARMIENTO
MARIA MERCEDES MASCO MIER
ANGELA PAEZ GONGORA
CHEMARY VEGA JIMENEZ**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERA

ASESOR

**ELIZABETH ROMERO MASSA
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA CARDIOVASCULAR
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ENFASIS EN CUIDADO PARA
LA SALUD CARDIOVASCULAR**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CARTAGENA - BOLIVAR**

2009

**CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO
2 DE CARTAGENA 2010**

INVESTIGADOR (ES)

**SINDY ACOSTA OSPINO
IVONNE CARMONA CASTILLA
ALEXANDRA JAIMES SARMIENTO
MARIA MERCEDES MASCO MIER
ANGELA PAEZ GONGORA
CHEMARY VEGA JIMENEZ**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERA

ASESOR

**ELIZABETH ROMERO MASSA
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA CARDIOVASCULAR
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ENFASIS EN CUIDADO PARA
LA SALUD CARDIOVASCULAR**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CARTAGENA - BOLIVAR**

2009

LISTA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	
LISTA DE ANEXOS	
RESUMEN	
INTRODUCCION	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.1.Área Problemática.....	8
1.2.Formulación del problema.....	11
2. OBJETIVOS.....	12
2.1.General.....	12
2.2.Específicos.....	12
3. MARCO TEORICO.....	13
3.1.Calidad de Vida.....	13
3.2.Teorías de calidad de vida.....	13
3.3.Dimensiones de la Calidad de Vida.....	15
3.4.Calidad de Vida en enfermedades Crónicas.....	16
3.5.Calidad de Vida en personas con Diabetes Mellitus tipo 2...17	
4. METODOLOGIA.....	19
4.1.Tipo de estudio.....	19
4.2.Población de estudio.....	19
4.3.Muestra.....	19
4.4.Muestreo.....	21
4.5.Criterios de inclusión.....	22
4.6.Criterios de exclusión.....	22
4.7.Técnicas y procedimientos.....	22
4.8.Instrumento.....	22
4.9.Análisis Estadístico.....	26
4.10. Abordaje de los participantes.....	26
4.11. Consideraciones Éticas.....	27

5. RESULTADOS.....	28
6. DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
ANEXOS.....	42

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 2. Índice global de la calidad de vida de las personas diabéticas. Cartagena 2010.
- Tabla 3. Calidad de vida según el SF-36 de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 4. Función Física de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 5. Rol Físico de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 6. Dolor corporal de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 7. Percepción general de la salud de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 8. Dimensión de la Salud general de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 9. Vitalidad de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 10. Función social de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 11. Rol emocional de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 12. Salud mental de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.
- Tabla 13. Cambio en el estado de salud general respecto al año anterior de las personas diabéticas encuestadas. Cartagena 2010.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la ciudad de Cartagena de Indias.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo con una muestra de 315 pacientes de tres instituciones públicas y privadas de salud distribuidos de manera proporcional en cada una de estas. Se utilizó el instrumento SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud, el análisis estadístico se realizó en Microsoft Excel.

Resultados: El promedio de edad de la muestra fue de 57 años, el sexo masculino representa el 50,2% (158), un 59,4% (187) corresponden al régimen subsidiado y 47,3% (147) trabajan. En cuanto a la calidad de vida se encontró que el 62,2% (196) de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 presentan una buena calidad de vida. Las escalas con mejores porcentajes son salud mental (86,0%), rol emocional (68,3%) y vitalidad (75,9%). Las escalas rol físico y salud general presentaron los porcentajes más bajos con 40,3% y 37,5% respectivamente.

Conclusiones: La calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la ciudad de Cartagena fue buena; la función física estuvo muy poco afectada teniendo en cuenta que esta enfermedad causa un deterioro progresivo. Así mismo, el dinamismo con que realizan sus actividades, la forma como expresan sus emociones y la salud mental demostraron estar menos afectadas. El rol físico y la salud general presentaron mayor afección.

Palabras Claves: *Calidad de vida, Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedades Crónicas, Atención. Fuente: DeCS.*

INTRODUCCIÓN

La Diabetes es una enfermedad crónica que ocupa un lugar importante en la situación de salud de la población a nivel mundial y que genera un gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen.

Dado que la calidad de vida ha sido definida como un concepto subjetivo que está relacionado con la percepción de cada individuo y asociado a diferentes factores, es preciso reconocer el impacto que estos generan en la calidad de vida de la población (1, 2).

En las personas con enfermedades crónicas la calidad de vida se ve afectada debido a las condiciones degenerativas de salud, las cuales constituyen problemas que persisten en el tiempo; por tal motivo el ser diagnosticado con una afección de este tipo lleva consigo complicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, y social; ya que pueden aparecer de forma inesperada. Así mismo, son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, estas requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado. (3)

A continuación encontraremos una descripción de la calidad de vida de las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de la ciudad de Cartagena.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Área Problemática

Las enfermedades crónicas, su impacto y tratamiento generalmente se han evaluado en términos de morbilidad y mortalidad; sin embargo, en los últimos años se ha despertado el interés de los clínicos e investigadores por evaluar la calidad de vida de las personas, debido a que esta es una importante variable de resultados en las intervenciones del cuidado de la salud (1)

La Organización Mundial de la Salud OMS define la calidad de vida (CV) como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, sus relaciones sociales y espirituales (2).

La calidad de vida en personas con enfermedades crónicas se ve afectada debido a que las condiciones crónicas de salud constituyen problemas que persisten en el tiempo; el ser diagnosticado con una afección de este tipo acarrea un sinnúmero de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues pueden aparecer de forma inesperada o insidiosa. Así mismo, son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado. (3)

Actualmente, existe un aumento significativo de las enfermedades crónicas, siendo que ningún país es inmune al impacto causado por ellas; provocando serias consecuencias económicas y sociales que demandan recursos de salud en cada país y representan un reto para los gobiernos actuales en la creación de sistemas

de salud eficientes, efectivos y organizados que suplan las demandas inminentes.
(4)

Una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la población que podría afectar la calidad de vida de quienes la padecen es la Diabetes Mellitus (DM) debido a que el tipo de tratamiento a que se someten es de por vida, además de las implicaciones que genera. La DM es un problema que afecta entre el 2 y el 5% de la población mundial (5). Se estima que en 1995 había 135 millones de diabéticos en el mundo cifra que se piensa alcanzara los 300 millones en 2025 (6). Además, se cree que en Latinoamérica la prevalencia de la DM aumentará en un 25% en los próximos 20 años (5, 6); esta situación se prevé por los actuales fenómenos sociales y hábitos de vida (sedentarismo, sobrepeso, obesidad y desplazamiento de personas de zonas rurales a urbanas) (4,7).

En Colombia las estadísticas muestran la DM como la décima causa de muerte, con una tasa de 2.3 personas por cada 100.000 habitantes (8), la Asociación Colombiana de Diabetes ha estimado que el 7% de la población mayor de 30 años padece DM2 y según el Ministerio de Salud y Protección Social cerca del 63% de los diabéticos están sin diagnosticar por lo tanto se encuentran predispuestas a complicaciones (9). En Cartagena de Indias según estadísticas del DADIS se ha reportado la DM2 como la novena causa de muerte en la población en general. (10)

En la ciudad de Cartagena se considera importante realizar investigaciones tendientes a indagar sobre la calidad de vida en pacientes diabéticos debido al gran número de personas que padecen DM2, asimismo es conveniente resaltar que esta población a nivel local, ha sido poco investigada, por ello resulta interesante investigar al respecto.

La calidad de vida es de naturaleza subjetiva esto conlleva a que cada profesional que se desempeña en el área de la salud implemente estrategias específicas para

una adecuada intervención, ya que un grupo de pacientes con una determinada afección física pueden sentirse satisfechos con una terapia mientras que otros demuestran su inconformidad con alteraciones menos complejas. Por tal motivo, el individuo que padece la enfermedad es quien puede definir lo que es su calidad de vida.

El estudio de la CV es significativo para la enfermera educadora, porque permite un manejo integral del paciente diabético, favorece el empoderamiento del paciente como responsable de su salud y su calidad de vida, ofrece herramientas al profesional de la salud para brindar cuidados en donde todas las dimensiones sean abordadas de acuerdo a su importancia reduciendo de esta manera las complicaciones, la mortalidad y los costos de la enfermedad, beneficiando las acciones que promueven estilos de vida saludables en la población.

Esta enfermedad afecta la CV, debido a las complicaciones que genera (11) y al tipo de tratamiento (vitalicio) al que se somete el paciente, el estudio de la DM2 es de especial importancia por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento, que consiste en reajustar su patrón nutricional, controlar el peso, realizar actividad física e ingesta de medicamentos, para lograr el adecuado control metabólico. (12)

1.2. Formulación del problema

Por las razones anteriormente expuestas surge la siguiente pregunta de investigación: **¿Cómo es la Calidad de Vida de personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la ciudad de Cartagena de Indias?**

2. OBJETIVOS

2.1.General

Determinar la Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la ciudad de Cartagena de Indias

2.2.Específicos

- Describir las características sociodemográficas de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Identificar los atributos de la CV en la dimensión física, dimensión psicológica y dimensión social de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2.

3. MARCO TEORICO

3.1. Calidad de Vida

Durante la última década la calidad de vida (CV) se transformó en una importante medida del impacto de los cuidados del profesional de la salud. Según la OMS, CV es la “percepción del individuo de su posición de vida, en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones” (2, 13).

La CV no puede ser expresada únicamente utilizando indicadores cuantificables, sino que también requiere evaluaciones subjetivas (14). La cuestión de la subjetividad en relación a la CV, ha sido discutida por diversos autores, con distintas posturas, publicadas por la Sociedad Internacional de Estudios para la Calidad de Vida (15).

El uso de la CV ha ido incrementándose en diversos campos incluyendo campañas farmacéuticas y de promoción de la salud y ha servido de etiqueta para diversas investigaciones tradicionales como la economía de la salud, la medicina sociológica y la psicología. Este campo de trabajo se abre camino entre la medicina y las ciencias sociales. (16)

3.2. Teorías de Calidad de Vida

Muchos pensadores abordan el tema de CV, por ejemplo la teoría planteada por Diener, dice que el bienestar subjetivo es posible de alcanzar por medio del establecimiento, acercamiento y cumplimiento de las propias metas.

Otros como Max Neef, Elizabeth y Hopehayn plantean que CV es aquella que depende de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades fundamentales. (17)

Una de las definiciones más amplias que existen es la postulada por Ware (18), pues incluye: satisfacción con la vida, plenitud en los papeles sociales y de trabajo, sensación de ser productivo, útil o influyente, sensación de control sobre su entorno y destino (autoeficacia), autoestima, plenitud espiritual, sentido de integración social en la comunidad, sentimiento de seguridad en el presente y en el futuro y sentido de la diversión y del placer.

El concepto de calidad de vida utilizado en el área de la salud, la justicia y la ética, ha sido estructurado teniendo en cuenta los aportes de varias disciplinas de contenidos muy diferentes. En su esencia está el carácter valorativo, contextual e histórico al que debe atenderse, así como su fidelidad a los valores humanos que constituyan expresión de progreso social y respeto a una individualidad en que se armonicen necesidades individuales y sociales.(19).

A pesar de la falta de consenso existente sobre la definición, debido a la inadecuada conceptualización de sus componentes, actualmente la atención se ha centrado en la calidad o valor del tiempo de vida y no sólo a la cantidad de la vida. (14)

El estudio de la calidad de vida logró madurar científicamente, siendo considerado un área de investigación particularizada en las ciencias sociales. En la actualidad podemos decir que el estudio de la calidad de vida remite al entorno material (bienestar social) y al entorno psicosocial (bienestar psicológico) (20).

Un estudio realizado en Colombia por Trujillo, S. y col. Refiere que anteriormente se estudiaba la calidad de vida desde un punto de vista filosófico,

económico y político, sin embargo resalta la gran importancia de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología, en la cual se miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales

3.3. Dimensiones de la Calidad de Vida

A pesar de la falta de consenso conceptual, la mayoría de las mediciones de Calidad de vida llevadas a cabo coinciden en que éstas deben comprender, al menos, las siguientes dimensiones relacionadas a la vida humana:

Dimensión Física: Se centra en la salud, el estado físico, la movilidad y la seguridad personal. Estado físico y movilidad están ambos relacionados con aspectos de capacidad física y que pueden definirse mejor como capacidades funcionales relacionadas con actividades específicas. La seguridad física es la condición por la que estamos libres de daño o lesión.

Dimensión psicológica: Abarca la satisfacción (con la situación, con los amigos, con las actividades), el estrés (estabilidad emocional), el estado mental, el concepto de sí mismo (autoestima, imagen del cuerpo), la vivencia religiosa, la seguridad, etc. Puede coincidir, en parte, con la búsqueda de la realización social y funcional.

Dimensión social: Incluye dos dimensiones fundamentales: la primera, la calidad y aptitud de las relaciones personales en el seno de la vida en el hogar, con la familia y con los amigos; y la segunda, la implicación social relacionada con actividades comunitarias emprendidas y con el nivel de aceptación y apoyo dado por la comunidad. (20)

3.4. Calidad de Vida en enfermedades Crónicas

En las últimas décadas, ha existido un progresivo interés en los prestadores de servicios de salud hacia la optimización de la calidad de vida en los enfermos crónicos. Muchas enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera la vida laboral y social. En muchas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios. Aunque la trascendencia atribuida a estas limitaciones varía mucho de una persona a otra, la mayoría de los autores identifican que una repercusión de dichas limitaciones puede ser identificada sobre cualquier enfermo. (21)

La Calidad de Vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud en estos pacientes, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital. Esta refleja la manera en que las personas experimentan su bienestar mental y físico, sus opiniones acerca de cómo se satisfacen con su vida cotidiana. (21)

En un estudio descriptivo, realizado por Castillo A, y cols, en la Habana Cuba sobre Calidad de Vida en enfermedades crónica degenerativas determino que de 300 personas encuestadas el 51.3% consideraron su calidad de Vida relacionada con la salud como “no es pobre ni buena”, cabe destacar que para realizar el estudio se tuvo en cuenta las primeras causas de muerte por enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, metabólicas y enfermedades cerebrovasculares). (22)

3.5. Calidad de Vida en personas con Diabetes Mellitus tipo 2

Para hablar de la CV de personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, es necesario definir el concepto de esta patología: El termino diabetes es un vocablo de origen griego (dia: a través; betes: pasar), que hace alusión a la excesiva excreción de orina que se asemeja a un sifón.

Este concepto se le atribuye a Areteo de Capadocia (S. II a.c.), quien esbozó la sintomatología, naturaleza progresiva y el resultado fatal del padecimiento. Además, según parece también distinguió entre la diabetes de orina dulce (mellitus; vocablo latino que significaba “de miel”), y la que no tenia tal sabor. (23).

Actualmente se define la diabetes como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, a consecuencia de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambos. (24)

Mantener un nivel de bienestar padeciendo la enfermedad requiere llevar a cabo una serie de acciones, el plan de manejo debe incluir el establecimiento de metas de tratamiento (farmacológico, no farmacológico), entre los que se incluyen un plan de alimentación adecuado, el ejercicio físico y control de peso, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones.(24).

El control de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones realizado en Medellín por Villegas A y cols en el año 2007, fue el estudio mas reciente publicado en el país el cual tuvo como objetivo identificar las principales características sociodemográficas, clínicas y conductuales de los pacientes que participan en los controles de atención al diabético donde se concluyo que las tres complicaciones más influyentes en el pronóstico y en el costo de la salud fueron las nefropatías, las retinopatías y las dislipidemias (25)

De los Ríos realizó un estudio en México que midió la Calidad de vida en pacientes con diabetes en relación a sus características sociodemográficas encontraron que presentaron moderada afectación de su calidad de vida, esta no fue influenciada por características como la edad y el estado marital. La escolaridad tuvo una influencia limitada, las personas con una mayor escolaridad reportaron una mayor CV ($r=172$, $p<0.04$). Por género, los hombres refirieron mayor CV general, que las mujeres con una medida de 65-62, respectivamente. Pero las mujeres manifestaron estar más satisfechas con el tratamiento, media de 73-68. (13)

Cárdenas V encontró que el tiempo de padecer la enfermedad y la presencia de complicaciones no influyó en la percepción de la CV de los pacientes diabéticos. Solo se identificó que a mayor nivel de hemoglobina, menor satisfacción con el tratamiento; las personas que se clasifican con obesidad reportaron puntajes más bajos de satisfacción con el tratamiento comparados con los de sobrepeso y los normales. Se observó que solo aquellas pacientes con tratamiento de dieta y ejercicio referían una mayor satisfacción que quienes realizaban otro tipo de tratamiento. (20)

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudio:

Descriptivo

4.2. Población de estudio:

La población estuvo constituida por 1094 personas inscritas en los programas para el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 de tres instituciones distribuidos de la siguiente manera:

- Pacientes asistentes a la institución A: 560
- Pacientes asistentes a la institución B: 338
- Pacientes asistentes a la institución C: 196

4.3. Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula:

$$n_0 = \frac{Z^2 (p) (q)}{e^2}$$

Donde;

Z: nivel de confiabilidad 95%

p: prevalencia 50%

q: 1 - p

e: margen de error 5%.

$$n_0 = \frac{(1,96) (0,5) (0,5)}{(0,05)^2} = 384$$

nt : 384

Se ajusto este tamaño de muestra al tamaño de la población con la formula:

$$n: n_0 / (1 + ((n_0/N)))$$

Donde

n_0 : es el tamaño de muestra inicial.

N: es el tamaño de la población.

$$n: 384/(1+(384/1094))$$

$$n: 384/(1+0.35)$$

$$n: 384/1.35$$

$$n :284$$

Asumiendo un porcentaje de pérdidas del 10% de acuerdo a la formula:

$$n: n_0 (1/1-R).$$

Donde:

n_0 : tamaño de muestra sin ajustar por pérdidas

R: porcentaje de pérdidas a asumir = 10%

$$n: 284 (1 /1-0,1) = n: 284 (1,11) = 315$$

Se obtuvo un tamaño de muestra final de 315 pacientes, que fueron distribuidos de manera proporcional en cada una de las instituciones teniendo en cuenta la fórmula para asignación proporcional en cada estrato (institución):

$$n_e: n*(N_e/N_p).$$

Donde N_e es el tamaño de la población del estrato y N_p es el tamaño total de la población.

Población A:

$$n: 315$$

$$N_e: 560$$

$$N_p: 1094$$

$$n_e: 315(560/1094).$$

$n_e: 315(0,511)$

$n_e: 160,96$

Población B

$n: 338$

$N_e: 315$

$N_p: 1094$

$n_e: 315(338/1094).$

$n_e: 315(0.308)$

$n_e: 97,02$

Población C

$n: 196$

$N_e: 315$

$N_p: 1094$

$n_e: 315(196/1094).$

$n_e: 315(0.179)$

$n_e: 56,38$

Se aplicaron 161 encuestas de la institución A, 97 encuestas de la institución B y 57 encuestas en la institución C, para un total de 315 encuestas.

4.4.Muestreo:

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, se tomaron los listados de los pacientes inscritos al programa de control de Diabetes de los centros de atención. Se escogieron al azar con la ayuda de una hoja electrónica de números aleatorios del programa Microsoft Excel.

4.5. Criterios de inclusión:

En esta selección se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes mentalmente competentes
- Firma del consentimiento informado.

4.6. Criterios de exclusión:

- Pacientes con otro tipo de alteración metabólica

4.7. Técnicas y procedimientos

Se obtuvo la muestra a través de la aplicación de 161 encuestas de la institución A, 97 encuestas de la institución B y 57 encuestas en la institución C, las instituciones proporcionaron una base de las personas inscritas al programa de control de la DM2, que se utilizó para la selección de los participantes, una vez realizado este procedimiento se contactaba al personal seleccionado, programando diferentes actividades para facilitar la aplicación de las encuestas en los días hábiles de la semana y de acuerdo a las citas programadas.

4.8. Instrumento

Para definir las características sociodemográficas de los participantes se utilizó una encuesta sociodemográfica y para medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36, fue adaptado al español por J. Alonso y cols 2003, está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo

número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. (26)

Las escalas que mide el instrumento son:

1. Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems).
2. Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems).
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems).
4. Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 ítems).
5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).
6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems).
7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems).

8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems).

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

El cuestionario está dirigido a personas de 14 años de edad y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica, no se presentaron diferencias entre los cuestionarios auto-administrados y los administrados mediante entrevista.

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

Para realizar el análisis estadístico se introdujeron los datos tal y como se codifican en el cuestionario, se recodificaron los valores de los ítems fuera de recorrido como ausentes, si se presentaban, esto se da mediante la inversión de la puntuación para 10 de los ítems, significa que siete ítems se puntúan a la inversa. La puntuación a la inversa de los ítems se hizo para asegurar que un valor más alto del ítem indica una mejor salud en todos los ítems y escalas del SF-36. Los ítems del SF-36 que necesiten puntuarse a la inversa están enunciados de manera que cuando mayor es el valor precodificado del ítem, peor es el estado de salud, estos ítems están en dos escalas, la de Salud General y la escala del Dolor Corporal.

FORMULAS PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LAS ESCALAS

Escala	Suma final de los valores de los ítems <i>(después de recodificar los ítems)</i>	Puntuaciones crudas mínima y máximas posibles	Máximo recorrido de la puntuación cruda
Función física	3+4+5+6+7+8+9+10+11+12	10, 30	20
Rol físico	13+14+15+16	4, 8	4
Dolor Corporal	21+22	2,12	10
Salud General	1+33+34+35+36	5,25	20
Vitalidad	23+27+29+31	4,24	20
Función social	20+32	2,10	8
Rol Emocional	17+18+19	3,6	3
Salud Mental	24+25+26+28+30	5,30	25

Formula de transformación de las puntuaciones crudas: Se utiliza para transformar las puntuaciones invertidas en los resultados.

$$\text{Escala Transformada} = \frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}}$$

4.9. Análisis Estadístico:

Se calcularon las puntuaciones de las escalas crudas la cual es la suma algebraica de las respuestas para todos los items en esa escala, se transformaron las puntuaciones de las escalas crudas en una escala de 0 – 100, y por último se comprobaron las puntuaciones, este se realizó por medio del programa Microsoft Office Excel.

Los datos se expresaron como medidas de frecuencia y prevalencia, utilizando medidas de tendencia central, varianza, desviación típica, intervalos de confianza al 95%.

El análisis de la consistencia interna arrojó una buena confiabilidad en todas las subescalas, con un Alfa de Cronbach en la Función física 0.89, en el Rol físico 0.73, Salud general 0.68, Vitalidad 0.68, Rol emocional 0.85 y por ultimo Salud mental con un alfa de Cronbach de 0.80.

4.10. Abordaje de los participantes:

Una vez se obtuvo el permiso de las institución de salud para realizar la investigación, se procedió a realizar las encuestas dirigidas a los pacientes seleccionados con diagnóstico de Diabetes tipo 2, y se verifico que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Una vez seleccionados los pacientes, se les informo acerca del objetivo de la investigación y se les solicito consentimiento informado, por escrito, para participar en el estudio. Así mismo, se les recordó que podían retirarse de la investigación cuando ellos así lo consideraran. Una vez obtenido el consentimiento se procedió a la aplicación del instrumento SF-36.

4.11. Consideraciones Éticas:

Se tuvo en cuenta la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 del ministerio de salud, en la cual se determinan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; en el título II se reglamenta las investigaciones con seres humanos, destacando el capítulo 5 el cual se refiere a “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”, el estudio fue aprobado por el comité de investigación de la facultad de enfermería de la universidad de Cartagena y fue autorizado por las instituciones correspondientes para la realización del mismo.

En el proceso investigativo se tuvo en cuenta los principios de beneficencia, no maleficencia, y autonomía en términos de derecho a decidir y a estar informados. Igualmente se consideró la privacidad, confidencialidad y respeto a la dignidad humana.

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS PERSONAS DIABETICAS.

Respondieron consistentemente los instrumentos 315 pacientes con diagnostico de diabetes Mellitus tipo 2. El promedio de edad de la población de estudio fue de 57,1 años (I.C. 95% 55,9, - 58,5) y donde el 50.2% (158) son hombres. El 50,8% (160) de los diabéticos encuestados son casados, en lo referente al nivel socioeconómico se encontró que el mayor numero de diabéticos son del estrato 2 con 30,5% (96) seguido por el estrato 3 con el 27,6% (87). Respecto al nivel de escolaridad gran parte de la población (31,1% (98)) realizó estudios técnicos o superiores.

En cuanto a afiliación en salud, el 59,4% (187) de los encuestados pertenece al régimen subsidiado. El 45,4% (143) de los encuestados son empleados, seguidos de un porcentaje considerable de desempleados (31,1% (98)) en la población. (Tabla 1).

5.2. CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS DIABETICAS.

En la valoración del índice global de la escala un mejor estado de salud o mejor calidad de vida se encuentra que el 62,2% (195,9) de la población estudiada obtuvo un porcentaje mayor de 50 puntos. El 37,8% (119,1) restante presenta un deficiente estado de salud o peor calidad de vida. (Tabla 2)

En la población estudiada se encontró que las escalas más afectadas de la calidad de vida fueron las relacionadas con la salud general (37,5% (118)) y el rol físico (40,3% (127)) clasificadas como malas; mientras que en las dimensiones de salud mental (86% (271)), vitalidad (75,9% (239)) y función física (73.7% (232)) reportaron un porcentaje muy alto considerado como bueno. En las dimensiones de función social y rol emocional se hallaron puntajes de 59,7% (188) y 68,3%

(215) respectivamente lo cual reporta un buen estado de salud en los pacientes participantes del estudio para estas dos dimensiones. (Tabla 2)

En relación con la varianza hallada para las escalas de rol físico, dolor corporal y rol emocional reportaron porcentajes por encima de 50% lo que sugiere una diferencia marcada entre los individuos objetos del estudio, mientras que en los demás roles la varianza encontrada indica semejanza entre los participantes. (Tabla 3)

5.3. DESCRIPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE ACUERDO A LAS DIMENSIONES DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS.

5.3.1. FUNCIÓN FÍSICA DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS.

Las actividades de esfuerzo intenso como correr, levantar objetos pesados, realizar deportes limitan mucho al 36,8% (118) de los diabéticos encuestados, limita poco al 42,5% (134) y solo a un 20,6% (65) no le limita nada. El bañarse y levantar la bolsa de la compra son las actividades que menos limitan la función física en los pacientes diabéticos tipo II. (Tabla 4)

5.3.2. ROL FÍSICO DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS.

En cuanto al rol físico se encontró que el 59,4% (187) de las personas encuestadas tuvo que realizar menos actividades de las que solía realizar antes del diagnóstico de la enfermedad por problemas relacionados con su salud física, al 48,6% (153) se le dificulta realizar actividades de la vida cotidiana, el 53% (167) redujo sus actividades y el 49% (155) dejó tareas para realizar. (Tabla 5)

5.3.3. DOLOR CORPORAL PERCIBIDO DE LAS PERSONAS DIABETICAS.

En cuanto al dolor corporal el 33% (104) de los diabéticos encuestados manifestó presentar muchísimo dolor en el último mes, el 19,1% de la población de estudio reporta un alto nivel de dificultad por dolor. (Tabla 6)

5.3.4. PERCEPCION DE LA SALUD GENERAL DE LAS PERSONAS DIABETICAS.

El 67% (199) de los diabéticos encuestados tiene una percepción positiva de su estado de salud, clasificándola como buena y muy buena; mientras que tan solo el 8,6% (8,6) de ellos considera que su salud es mala. (Tabla 7).

Por otra parte, el 44,5% (140) de la población de estudio piensa que se enferma más fácilmente que los demás; el 57,5% (181) mantiene la incertidumbre de si su salud va a empeorar, mientras que solo el 21,3% (67) consideran su salud excelente. (Tabla 8)

5.3.5. VITALIDAD DE LAS PERSONAS DIABETICAS.

Solo 0,6% (2) de los diabéticos tipo II encuestados considera que nunca se ha sentido con vitalidad, de igual manera solo el 2,5% (8) afirma que nunca se han sentido con energía. Así mismo, el 18,8% (59) manifiesta sentirse agotado con frecuencia y el 13% (41) se siente cansado. (Tabla 9).

5.3.6 FUNCION SOCIAL DE LAS PERSONAS DIABETICAS.

Del total de participantes el 47,6% (150) reportó que algunas veces se les han dificultado las actividades sociales por problemas físicos o emocionales (157) (Tabla 10)

5.3.7 PERCEPCIÓN DEL ROL EMOCIONAL DE LAS PERSONAS DIABETICAS.

El 33,3% (105) de la población de estudio reportan ser afectados en su rol emocional debido a que redujo el tiempo dedicado a realizar actividades de su trabajo y su vida cotidiana a causa de su salud física, además en este mismo porcentaje se encuentran los diabéticos que realizaron menos de las actividades deseadas por problemas físicos (Tabla 11)

5.3.8 SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS DIABETICAS.

El 16,5% (52) de la población de estudio reportó sentirse nervioso; el 39,4% (124) manifestó sentirse algunas veces con la moral baja; el 38,7% (122) manifestó sentirse solo algunas veces triste; mientras que el 43,8% se sintió feliz la mayor parte del tiempo (138) (Tabla 12).

5.3.9 EVOLUCION DECLARADA DE LA SALUD DE LAS PERSONAS DIABETICAS.

En cuanto a la evolución de salud de las personas encuestadas actualmente comparada con la de hace un año tenemos el 45,7% (144) de la población de estudio considera que su salud ha mejorado en el último año. El 18% (58) piensa que su salud es peor que hace un año; mientras que el 35,9% (113) considera que no habido cambios en su salud. (Tabla 13)

6. DISCUSION

En el presente estudio se encontró que el índice global de calidad de vida no presenta un deterioro significativo estos datos son comparables con los del estudio realizado por Vinnacia S donde en general los sujetos de la muestra aunque hayan sentido malestar respecto a su salud, tuvieron una percepción de su calidad de vida de buena a muy favorable, indicando que la adecuada salud mental, física y emocional que percibieron les favoreció, estar activos y llevar a cabo sus roles de la vida diaria, respaldados por una adecuada valoración del apoyo social, alta disponibilidad de las personas más cercanas; como amigos, familiares y compañeros de trabajo para recibir apoyo emocional. (27)

El sumario que evalúa la función física arrojó puntuaciones altas y es de las escalas más preservadas, los encuestados consideran que su condición de salud no limita substancialmente sus actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, o subir escaleras entre otras, lo cual refuta los resultados de algunos estudios como el de Mena F y cols. donde se compara la calidad de vida de personas diagnosticadas con diabetes y personas sanas, que demuestra que las personas diabéticas, presentaron puntuaciones inferiores en la escala función física es decir, las principales diferencias entre ambos grupos residen en las dimensiones físicas del concepto multidimensional de calidad de vida relacionada con la salud. (28)

En lo referente al rol físico se alcanzó una de las medias más bajas de la población en estudio, se halló que un poco más de la mitad de los participantes declaró que su salud física interfiere en el desempeño de su trabajo, estos resultados coinciden con Abreu M, en la investigación realizado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 donde sostiene que la percepción de los problemas relacionados a el estado de salud física dificultan, limitan o interfieren la realización de actividades cotidianas o de la vida laboral. (29)

Basados en que la calidad de vida es de carácter subjetivo, el hecho de padecer una enfermedad crónica afecta la percepción del paciente acerca de su estado de salud por otra parte el rol físico está relacionado con la percepción que tiene el paciente de cómo su capacidad funcional lo limita para llevar a cabo actividades laborales y cotidianas diarias por ende a pesar que la salud física no se encuentre afectada la autovaloración realizada por la persona con Diabetes Mellitus Tipo 2 es deficiente debido a la experiencia de padecer un enfermedad degenerativa y permanente.

La escala de salud general presenta uno de los porcentajes más bajos, estos resultados coinciden con Rodríguez M y cols, donde se aprecia que la salud general informada por la población en estudio, fue regular a baja; estos autores explican que la autovaloración realizada por los pacientes con patologías crónicas acerca de su situación de salud en el futuro y la resistencia a enfermar, es deficiente debido a la experiencia que enfrentan de padecer una enfermedad degenerativa permanente como lo es la Diabetes Mellitus (30).

Otra de las dimensiones más afectadas fue la relacionada con el dolor corporal resultados similares a los encontrados por Vinaccia S, donde se halló que el 36,5% de la muestra de pacientes diabéticos presenta dolor intenso, que interfiere en su trabajo habitual (27), esto se puede explicar porque la Diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por afectar la circulación generando daño principalmente en las terminaciones nerviosas libres de las partes distales del cuerpo de los enfermos, responsables de las alteraciones somato sensitivas como el dolor y las parestesias (31)

De acuerdo a los resultados, en promedio los diabéticos tipo II encuestados presentaron una buena función social, los hallazgos de esta investigación son similares a los obtenidos por Correa D en su estudio titulado Calidad de vida y tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, quien afirma que las personas a pesar de su condición de salud y de las características

del tratamiento, no perciben que sus problemas de salud física o emocional interfieren de manera importante en su vida social habitual, aspecto que constituye un recurso que puede ser potenciado a fin de favorecer otros aspectos de la calidad de vida que se relacionan con esta dimensión (31).

En lo referente al sumario que evalúa la salud mental general, se halló que la mayoría de los individuos estudiados no presentaron deterioro en esta escala y cabe destacar que es la menos afectada de todas, datos similares obtuvo Hervás A en su estudio titulado Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (32) lo que indica que a pesar de tener una enfermedad crónica la mayoría de los diabéticos se han sentido felices y tranquilos la mayor parte del tiempo, esto se podría explicar por el apoyo constante de las personas más cercanas como familiares y amigos.

Las fortalezas de este estudio principalmente se centran en generar un antecedente investigativo sobre calidad de vida de personas con una enfermedad crónica, ya que no solamente deberían ser estudiadas en relación con la morbimortalidad como generalmente se ha llevado a cabo, analizar esta variable es en gran medida evaluar el impacto de las intervenciones medicas y además es una herramienta útil para conocer la percepción que tienen los individuos de su estado de salud.

Para la ciencia del cuidado es de vital importancia este trabajo, pues es la enfermería quien lidera el proceso de atención y brinda cuidados acordes con las necesidades físicas, emocionales, y sociales de los individuos.

Otra de las fortalezas del estudio es que a nivel de Colombia se constituye en un sustento bibliográfico, ya que la calidad de vida de individuos con Diabetes Mellitus tipo 2 ha sido un tema poco abordado a nivel investigativo.

Uno de los aspectos más importantes de este trabajo fue haber podido utilizar el instrumento SF-36, ya que constituye una aproximación considerablemente

valiosa para el estudio de la calidad de vida debido a que es consistente con los supuestos de confiabilidad en forma satisfactoria para su uso en una población.

Las limitaciones de la investigación estuvieron dadas por las dificultades en la captación de los participantes ya que las instituciones no poseen un horario de atención estricto, por lo tanto las encuestas fueron realizadas en horarios diversos. Además el número de personas que abordábamos diariamente era muy reducido, por consiguiente el tiempo empleado en la aplicación de las encuestas fue mayor al estipulado inicialmente.

CONCLUSIONES

Las personas con diabetes Mellitus tipo 2 de tres instituciones de la ciudad de Cartagena presentan una calidad de vida a nivel global buena, especialmente en las funciones dolor físico, vitalidad, función física y en menor escala en el rol físico y la salud general.

Se observó que en la Función Física las actividades que requieren esfuerzos intensos como correr, realizar deporte, levantar objetos pesados son consideradas limitantes sobresalientes para las personas diabéticas, en lo referente a él ítem de Dolor corporal se encontró un porcentaje preponderante en cuanto al grado de afección, debido a las complicaciones y limitaciones que produce la misma patología. Igualmente en la función social, un gran número de los participantes afirmó que debido a problemas físicos y emocionales tuvieron dificultad para realizar sus actividades sociales. En relación al rol emocional, la mayoría de los encuestados manifestó no tener dificultades para realizar sus actividades a causa de problemas emocionales.

Concerniente a la percepción general de la salud, los pacientes manifestaron que su salud es buena en un mayor porcentaje, sin embargo, un porcentaje significativo de la población estudio piensa que se enferma más fácilmente que otras personas, consecuentemente más de la mitad de los individuos afirma que mantiene la incertidumbre de si su salud va a empeorar. Por otra parte la salud mental es un aspecto considerado positivo en el cual solo un bajo porcentaje de la población reportó sentirse nervioso.

Estos hallazgos son importantes para la enfermera educadora en diabetes y el equipo de salud en general, quienes evalúa el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas, para otorgar un manejo integral del paciente que la padece.

RECOMENDACIONES

1. Educar al personal de salud para lograr el desarrollo de habilidades, que permitan una intervención holística a aquellas personas que padecen enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2
2. Involucrar al Sistema de salud para que haga parte de la búsqueda de soluciones a los problemas que afectan la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas
3. Promover la elaboración de talleres dirigidos a personas con diabetes Mellitus tipo 2 y sus familiares para satisfacer las necesidades relacionadas con las dimensiones de la calidad de vida.
4. Motivar el desarrollo de investigaciones sobre calidad de vida utilizando el instrumento SF36 en poblaciones diferentes o similares a esta, con el fin de generar puntos de discusión en posteriores proyectos investigativos y científicos.

AGRADECIMIENTOS

*Principalmente agradecemos a Dios por brindarnos su
sabiduría y guiarnos durante este largo proceso*

*A nuestros padres y hermanos por su apoyo y
comprensión incondicional*

*A nuestra Universidad por habernos dado la
oportunidad de crecer como profesionales*

*A nuestros docentes y en especial a Elizabeth Romero
Massa e Irma Castillo*

*Agradecemos en general a todas aquellas personas que
de alguna u otra forma hicieron que hoy se llevara a
cabo nuestra investigación*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pain K, Duna M, Anderson G, Darrah J & Kratochvil M. Quality of life: what does it Mean in Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*. April/May/June, 1998; 5-11.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de Vida. Disponible en: <http://www.encyclopedia.us.es/index.php/calidaddevida> (Fecha de acceso 26 mayo 008). 2006.
3. Miyar L, Otero M, Souza C. Características sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud. *Rev Latino-am Enfermería*. septiembre-octubre; 15 (número especial) 2007. Disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. (Fecha de acceso 27 noviembre 2009)
4. Sánchez M. Diabetes en Colombia: Un Importante Problema de Salud Pública. 2000. Disponible en: <http://www.diabetesvoice.com/diabetesvoice/pspa/issue/2000/5000m2/article04.shtml>. (Fecha de acceso 12 octubre 2008).
5. Alpizar M. Guía para el manejo integral del paciente diabético. *Rev. El manual moderno*, (1), 2001.
6. Mayer-Davis. Obesidad y Estilos De Vida Sedentarios. Factores De Riego Modificables Para Prevenir La Diabetes Tipo 2. *Corrent Diabetes Report Latin American*; 1(2):167-174. 2001.
7. Wilds, Roglic R, Green A, Sicree R, King H, Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 27:1047-53. 2004.
8. Gobernación de Bolívar, Secretaría Seccional de Salud Unidad de Salud Pública y PAB (2004). Diagnóstico situacional de Salud Bolívar, 2004.
9. Colombia. Ministerio de Protección social. Decreto 00412 del 2000. Norma Técnica para la Promoción y Prevención. Bogotá: El Ministerio; 2000.
10. Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, Departamento Administrativo Distrital de salud, Subdirección de Salud Pública. Perfil epidemiológico del distrito de Cartagena. 2004

11. Alfaro N, Del Rayo C, Sughey Y, Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Redalyc Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. (3), p. 152-157.
12. Quirantes A, López L, Curbelo V, Montano J, Machado P. La calidad de vida del paciente diabético Rev. Cubana Med. Gen Integr, (16), p.50-56. 2000. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx> (Fecha de acceso: 26 mayo 008). 2006.
13. De los Ríos J, Sánchez J, Barrios S, Guerreo V. Calidad de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, Rev Med IMSS, (42), 109-116. 2004.
14. Tonon G. Apreciaciones teóricas del estudio de la calidad de vida en Argentina. Rev. Hologramática, (1), 27-49. Disponible en: www.hologramatica.com.ar (Fecha de acceso: 15 Noviembre 008). 2005.
15. Vitterso J. The concept of Life Satisfaction across cultures: exploring its diverse meaning and relation to economic wealth, Social Indicators research, Kluwer Academic Publishers, (16), 82. 2002.
16. Reyes A, Garduño J, Fajardo A, Martínez C. La calidad de vida en el paciente diabético II y factores asociados. Revista médica del IMSS, (33), 293-298. 1995.
17. Quality of life: definition and terminology. International Society for Quality of Life Studies. 1998.
18. Ware J, Wright W, Snyder M. Measures of Perceptions Regarding Health Status: Preliminary Findings as to Scale Reliability, Validity and Administration Springfield, National Technical Information Service. 396-415. 1974.
19. Orozco L, Vinaccia S. Aspectos Psicosociales Asociados con la Calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Rev. DIVERSITAS. Vol.1. 2005.
20. Cardenas V, Pedraza C, Lerma R. Calidad de vida del paciente con Diabetes mellitus tipo 2. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterey, México Ciencia UANL. Julio-Septiembre, (3), N° 3. 351-357. 2005.
21. García C. Calidad De Vida en Enfermos Crónicos. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCH-M). 2007, (6), 1-9.
22. Castillo A, Arocha C, Armas N, Castillo I, Cueto M, Herrera M. Calidad de Vida relacionada con la salud en personas con Enfermedades Crónicas Degenerativas. Rev Cubana Invest Bioméd. 2008, Habana Cuba. (27), 3-4.

23. Smith CM, Reynard AM. Textbook of pharmacology. Saunders Company. 1992.
24. Ascher P. Guías ALAD de Diagnostico, Control Y Tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev. ASOC Latinoam Diabetes. (8), 1-168. 2000.
25. Villegas A, Abad S, Faciolince, Hernandez N, Maya C, El control de la diabetes mellitus y sus complicaciones en Medellín. Vol.20, pg 393-402. 2000.
26. Cuestionario de Salud SF-36. Versión española de SF-36v2™ estándar Health Survey 1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003.
27. Vinaccia, S, *et al.* Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo II. Suma Psicológica. (13) N°1 Bogotá, Marzo. 2006.
28. Mena F, Martín J, Simal F, Bellido J, Carretero J. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. An. Med. Interna (Madrid). Agosto 2006, (23) 8 Madrid.
29. Abreu M, Bernasconi K, Salud percibida en pacientes con Diabetes Tipo 2. Rev Medica Urug. 72(2):158-168. 2008.
30. Rodriguez M, Guerrero J. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. Salud Pública Méx. 39(1): 44-7. 1997.
31. Correa D. Calidad de vida y tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev Medica Argentina. 48 (2): 45-49. 2006.
32. Hervás A. Zabaleta A, De Miguel G, Beldarrain O, Díez J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Centro de Salud de Tafalla. Anales. 2006. Navarra.

ANEXOS

ANEXO 1.

Consentimiento informado

Yo _____ mayor de edad e identificado (a) con cedula de ciudadanía número _____ expedida en _____ manifiesto que he sido informado (a) claramente por los estudiantes de enfermería de la Universidad de Cartagena acerca de la investigación a realizar, entiendo que la participación es voluntaria, que puedo abandonar el estudio cuando lo desee sin que ello afecte a mis cuidados médicos, he sido también informado (a) de que mis datos personales serán protegidos.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación

Firma paciente

Firma investigadora

Fecha de realización: _____

ANEXO 2.

Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, diría que su salud es :

Excelente____ Muy Buena____ Buena ____ Regular____ Mala____

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

Mucho mejor ahora que hace un año____ Algo mejor ahora que hace un año____

Más o menos igual que hace un año____ Algo peor ahora que hace un año____

Mucho peor ahora que hace un año

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

		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
3	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			
5	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa			

	de la compra?			
6	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
7	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
8	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?			
9	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?			
10	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
11	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

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

		SI	NO
13	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		

14	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
15	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
16	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
17	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
18	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

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

Nada___ Un poco___ Regular___ Bastante___ Mucho___

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

No, ninguno___ Sí, muy poco___ Sí, un poco___

Sí, moderado___ Sí, mucho___ Sí, muchísimo___

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

Nada___ Un poco___ Regular___ Bastante___ Mucho___

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.

EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
23	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
25	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						

27	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
30	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
31	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?						

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

Siempre___ Casi siempre___ Algunas veces___ Sólo alguna vez___ Nunca___

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

		Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
34	Estoy tan sano como cualquiera.					
35	Creo que mi salud va a empeorar.					
36	Mi salud es excelente.					

ANEXO 3.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas diabéticas.
Cartagena 2010.**

Genero	N°	%
Masculino	158	50,2
Femenino	157	49,8
Estado Civil	N°	%
Soltero	38	12,1
Casado	160	50,8
Unión libre	3	1,0
Viudo	50	15,9
Separado	64	20,3
Total	315	100%
Estrato	N°	%
Estrato 1	80	25,4
Estrato 2	96	30,5
Estrato 3	87	27,6
Estrato 4	47	15
Estrato 5	5	2

Fuente: Encuesta Sociodemográfica

Escolaridad	N°	%
Sin escolaridad	6	1,9
Primaria incompleta	57	18,1
Primaria completa	39	12,4
Secundaria incompleta	58	18
Secundaria completa	57	18
Estudios técnicos o superiores	98	31,1
Total	315	100,0
Afiliación En Salud	N°	%
Ninguno	2	0,6
Régimen contributivo	126	40,0
Régimen subsidiado	187	59,4
Ocupación	N°	%
Pensionados	65	20,6
Trabajadores dependientes	143	45,4
Trabajadores Independientes	6	1,9
Estudiantes	3	1,0
Desempleados	98	31,1
Total	315	100%

Fuente: Encuesta Sociodemográfica

Tabla 2. Índice global de la calidad de vida de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

DIMENSION	BUENA	% I.C. 95%	MALA	% I.C. 95%
FUNCION FISICA	232	73,7 (68,7 – 78,5)	83	26,3 (21,4 – 31,2)
ROL FISICO	127	40,3 (34,8 – 45,7)	188	59,7 (54,2 – 65,1)
DOLOR CORPORAL	176	55,9 (50,3 – 61,3)	139	44,1 (38,6 – 49,6)
SALUD GRAL	118	37,5 (32,0 – 42,8)	197	62,5 (57,1 – 67,9)
VITALIDAD	239	75,9 (71,1 – 80,6)	76	24,1 (19,3 – 28,8)
FUNCION SOCIAL	188	59,7 (54,2 – 65,1)	127	40,3 (34,8 – 45,7)
ROL EMOCIONAL	215	68,3 (63,0 – 73,4)	100	31,7 (26,5 – 36,9)
SALUD MENTAL	271	86,0 (82,1 – 89,8)	44	14,0 (10,1 – 17,8)
TOTAL		62,2%		37,8%

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 3. Calidad de vida según el SF-36 de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

DIMENSION	PROMEDIO	I.C. 95%	CV (%)	ALFA DE CRONBACH
FUNCION FISICA	66,4	63,8 - 69,1	35,9	0,89
ROL FISICO	47,5	42,8 - 52,1	89,1	0,73
DOLOR CORPORAL	54,4	50,8 - 58,0	60,3	-
SALUD GRAL	47,0	45,0 - 48,9	37,5	0,68
VITALIDAD	67,0	65,1 - 68,9	25,6	0,68
FUNCION SOCIAL	63,8	61,3 - 66,4	36,1	-
ROL EMOCIONAL	67,3	62,7 - 71,9	61,6	0,85
SALUD MENTAL	69,0	66,9 - 71,0	26,4	0,80

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 4. Función Física de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

ITEM	Sí, me		Sí, me		No, No me	
	Limita Mucho	%	Limita un Poco	%	limita nada	%
Esfuerzo intenso	116	36,8	134	42,5	65	20,6
Esfuerzo moderado	23	7,3	140	44,4	152	48,3
Levantar Bolsa de compra	22	7,0	62	19,7	231	73,3
Subir pisos	73	23,2	145	46,0	97	30,8
Subir un piso	21	6,7	95	30,2	199	63,2
Agacharse	61	19,4	143	45,4	111	35,2
Caminar 1km	90	28,6	137	43,5	88	27,9
Caminar manzanas	85	27,0	115	36,5	115	36,5
Caminar 1 manzana	19	6,0	87	27,6	209	66,3
Bañarse	8	2,5	21	6,7	286	90,8

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 5. Rol Físico de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

ITEM	SI	%	NO	%
Reducir actividad	167	53	148	47
Hacer menos	187	59,4	128	40,6
Dejar tareas	155	49,2	160	50,8
Dificultad actividades	153	48,6	162	51,4

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 6. Dolor corporal de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

Dolor	N°	%
No, ninguno	64	20,3
Sí, muy poco	34	10,8
Sí, un poco	85	27
Sí, moderado	11	3,5
Sí, mucho	17	5,4
Sí, muchísimo	104	33
Dificultad por Dolor	N°	%
Nada	78	24,8
Un poco	86	27,3
Regular	90	28,6
Bastante	49	15,6
Mucho	12	3,8
Total	315	100

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 7. Percepción general de la salud de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

En general, diría que su salud es :	N°	%
Excelente	4	1,3
Muy Buena	54	17,1
Buena	145	46,0
Regular	85	27,0
Mala	27	8,6
Total	315	100,0

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 8. Dimensión de Salud general de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

ÍTEM	Totalmente Cierto	%	Bastante Cierto	%	No Lo Sé	%	Bastante Falsa	%	Totalmente Falsa	%
Enfermo	45	14,3	95	30,2	34	10,8	97	30,8	44	14,0
Sano	21	6,7	63	20,0	63	20,0	153	48,6	15	4,8
Salud Empeorar	11	3,5	56	17,8	181	57,5	44	14,0	23	7,3
Excelente	10	3,2	57	18,1	69	21,9	155	49,2	24	7,6

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 9. Vitalidad de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

ITEM	Siem pre	%	Casi Siemp re	%	Muc haVe ces	%	Algu na Vez	%	Solo Algun a vez	%	Nun ca	%
Vitalidad	71	22, 5	89	28, 3	56	17 ,8	79	25 ,1	18	5, 7	2	0, 6
Energía	46	14, 6	92	29, 2	60	19 ,0	75	23 ,8	34	10 ,8	8	2, 5
Agotado	3	1,0	21	6,7	35	11 ,1	104	33 ,0	91	28 ,9	61	19 ,4
Cansado	2	0,6	4	1,3	35	11 ,1	111	35 ,2	103	32 ,7	60	19 ,0

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 10. Función social de las personas diabética. Cartagena 2010.

¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales ?	N°	%
Siempre	1	0,3
Casi siempre	23	7,3
Algunas veces	150	47,6
Sólo alguna vez	73	23,2
Nunca	68	21,6
Dificultad Actuación Social	N°	%
Nada	83	26,3
Un poco	75	23,8
Regular	93	29,5
Bastante	52	16,5
Mucho	12	3,8
Total	315	100

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 11. Rol emocional de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

ITEM	SI	%	NO	%
Reducir tiempo	105	33,3	210	66,7
Menos querido	105	33,3	210	66,7
No actividades	99	31,4	216	68,6

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 12. Salud mental de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

ITEM	Sie mp re	%	Casi Sie mpre	%	Mu cha Vec es	%	Alg un a Ve z	%	Solo Algun as veces	%	Nunc a	%
Nervioso	1	0,3	12	3,8	39	12,4	52	16,5	115	36,5	96	30,5
Moral baja	1	0,3	19	6,0	16	5,1	46	14,6	124	39,4	109	34,6
Tranquilo	31	9,8	74	23,5	79	25,1	107	34,0	17	5,4	7	2,2
Triste	12	3,8	8	2,5	23	7,3	73	23,2	122	38,7	77	24,4
Feliz	44	14,0	94	29,8	62	19,7	58	18,4	47	14,9	10	3,2

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.

Tabla 13. Cambio en el estado de salud general respecto al año anterior de las personas diabéticas. Cartagena 2010.

¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	Nº	%
Mucho mejor que hace un Año	31	9,8
Algo Mejor que hace un año	113	35,9
Mas o menos igual que hace un año	113	35,9
Algo Peor que hace un año	56	17,8
Mucho peor que hace un año	2	0,6
Total	315	100,0

Fuente: Instrumento Cuestionario de Salud SF-36.