



## CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 RESIDENTES EN CARTAGENA COLOMBIA

### QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS LIVING IN CARTAGENA. COLOMBIA

Romero Massa Elizabeth<sup>1</sup>  
 Acosta Ospino Sindy<sup>2</sup>  
 Carmona Castilla Ivonne<sup>2</sup>  
 Jaimes Sarmiento Alexandra<sup>2</sup>  
 Masco Mier María Mercedes<sup>2</sup>  
 áez Góngora Ángela<sup>2</sup>  
 Vega Jiménez Chemary<sup>2</sup>

Correspondencia: elyroma57@hotmail.com

Recibido para revisión: junio – 12 – 2010 – Aceptado para publicación: septiembre – 28 – 2010

#### RESUMEN

**Objetivo:** determinar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia.

**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:** 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 en salud mental 86,0% (271), rol emocional 68,3% (215) y vitalidad 75,9% (239). Las escalas de rol físico y salud general presentaron los porcentajes más bajos con 40,3% (127) y 37,5% (118) respectivamente.

**Conclusiones:** las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de la ciudad de Cartagena, Colombia. Presentan una calidad de vida a nivel global buena, especialmente en la salud mental y sus funciones, vitalidad, función física. Las más afectadas son en las escalas relacionadas con el rol físico y la salud general. **Rev.cienc.biomed.2010; 1(2):190 - 198**

#### PALABRAS CLAVES

Calidad de vida. Diabetes Mellitus tipo 2. Enfermedades crónicas. Atención.

#### SUMMARY

**Objective:** to determine the quality of life of patients with type 2 Diabetes Mellitus in the city of Cartagena de Indias, Colombia.

**Methodology:** a descriptive study was conducted with a sample of 315 patients of three public and private health proportionally distributed in each of these. We used the SF-36 instrument to measure quality of life related to health, statistical analysis was performed in Microsoft Excel.

**Results:** we found that 62.2% (196) of patients with Type 2 Diabetes Mellitus have a good quality of life. Scales with better mental health percentages are 86.0% (271), emotional role 68.3% (215) and vitality 75.9% (239). The scales in physical and general health showed the lowest percentage with 40.3% (127) and 37.5% (118) respectively.

<sup>1</sup> Enfermera. Especialista en Cardiología. Magíster en Salud Cardiovascular. Profesor asociado. Facultad de Enfermería. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia

<sup>2</sup> Enfermera. Facultad de Enfermería. Universidad de Cartagena. Colombia

**Conclusions:** *people with type 2 diabetes mellitus in the city of Cartagena presents a quality of life globally good, especially on the mental health, functions bodily, vitality, physical function and the most affected are the scales related to physical role and health general.*

**KEYWORDS**

*Quality of life. Diabetes mellitus Type 2. Chronic disease care.*

## INTRODUCCIÓN

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 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. Asimismo, 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)

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes de la población que podría afectar la calidad de vida de quienes la padecen; según estadísticas es un problema que abarca entre el 2 y el 5% de la población mundial (4). Además, se cree que en Latinoamérica la

prevalencia de la DM aumentará en un 25% en los próximos 20 años (4, 5) 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 (6). 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 (7). En Cartagena de Indias, Colombia, según estadísticas del DADIS se ha reportado la DM2 como la novena causa de muerte en la población en general. (8)

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" (9, 2).

La CV no puede ser expresada únicamente utilizando indicadores cuantificables, sino que también requiere evaluaciones subjetivas (10). 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 (11).

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. (12)

A pesar de la falta de consenso conceptual, la mayoría de las mediciones de CV 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. (13)

Recientemente, 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 implican 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 (14).

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 (14).

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) (15).

Mantener un nivel de bienestar padeciendo la Diabetes Mellitus tipo 2 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. (16)

Se sabe relativamente poco acerca de cómo la diabetes afecta la CV de las personas pues su concepto difiere en su definición y en la forma de medirlo (1), por ser de naturaleza subjetiva conlleva a que cada profesional que se desempeña en el área de la salud implemente estrategias específicas para una adecuada intervención. Se considera de especial importancia determinar la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 para la enfermería, porque permite un manejo integral del paciente diabético, favorece su empoderamiento como responsable de su salud y su calidad de vida, reduciendo de esta manera las complicaciones, la mortalidad, los costos de la enfermedad y fomenta acciones que promueven estilos de vida saludables en la población.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, la población estuvo constituida por 1094 personas inscritas a los programas para el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 de tres instituciones

de salud de la ciudad de Cartagena. Se estimó un tamaño de muestra de 315 pacientes, que fueron distribuidos de manera proporcional en cada una de las instituciones teniendo en cuenta el número de pacientes inscritos en estas. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos con Diabetes Mellitus tipo 2, mentalmente competentes, y firma del consentimiento informado; entre los criterios de exclusión tomamos aquellos pacientes que tengan otro tipo de alteración metabólica

Para la recolección de la información se aplicaron 161 encuestas a personas con Diabetes tipo 2, de las cuales 97 fueron aplicadas en la institución A, 97 en la institución B y 57 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 abordó a las personas seleccionadas.

### **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, 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 ocho 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 (17).

El grado de confiabilidad encontrado mediante la aplicación del cuestionario SF36 a pacientes post infarto agudo del miocardio en Cartagena, mostró coeficiente alfa de Crombach de 0,90 en la dimensión de

funcionamiento físico, en rol físico 0,83, en dolor 0,74, en salud general 0,82, en rol emocional 0,92 y en salud mental 0,92, lo que garantiza la correlación entre los ítems que evalúan y muestran la fiabilidad en los datos arrojados (18).

Las escalas que mide el instrumento (17) son: función física la cual se refiere al 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; rol físico que se refiere al grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado; el dolor corporal se considera la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. Como cuarto punto la salud general está relacionado con la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar; la vitalidad es el sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. Otra escala es la función social y esta se refiere al grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. El rol emocional enmarca el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, por ultimo tenemos la escala de salud mental incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.

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  $\geq 14$  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 diez 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.

Se puntúan y transforman las escalas mediante la fórmula de transformación de las puntuaciones crudas (Escala Transformada = (Puntuación real cruda - puntuación cruda más baja posible) / Máximo recorrido posible de la puntuación cruda) obteniéndose las puntuaciones crudas mínimas y máximas por escala; Para la función física fue de 10 a 30, el rol físico de 4 a 8. Dolor corporal de 2 a 12. Salud general de 5 a 25. Vitalidad de 4 a 24. Función social de 2 a 10 y salud mental de 3 a 6 (Ver tabla N° 1).

Para realizar el análisis estadístico se calcularon las puntuaciones de las escalas crudas la cual es la suma algebraica de las respuestas para todos los ítems 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

último salud mental con un alfa de Cronbach de 0.80.

**TABLA 1. FÓRMULAS PARA PUNTUAR Y TRANSFORMAR LAS ESCALAS**

Escala	Suma final de los valores de los ítems (después de recodificar los ítems)	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

## RESULTADOS

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS:** 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 número de diabéticos son del estrato dos con 30,5% (96) seguido por el estrato tres 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.

**CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS:** en la valoración del índice

global de la calidad de vida se encuentra que 62,2% (195,9) de la población estudiada obtuvo un porcentaje mayor de 50 puntos, lo que refleja una buena calidad de vida; el 37,8% (119,1) restante presenta un deficiente estado de salud o peor calidad de vida (Tabla N° 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 N° 2).

**TABLA 2. ÍNDICE GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS. CARTAGENA 2010**

DIMENSIÓN	BUENA	%	MALA	%
FUNCIÓN FÍSICA	232	73,7	83	26,3
ROL FÍSICO	127	40,3	188	59,7
DOLOR CORPORAL	176	55,9	139	44,1
SALUD GENERAL	118	37,5	197	62,5
VITALIDAD	239	75,9	76	24,1
FUNCIÓN SOCIAL	188	59,7	127	40,3
ROL EMOCIONAL	215	68,3	100	31,7
SALUD MENTAL	271	86,0	44	14,0
TOTAL		62,2%		37,8%

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 N° 3).

**TABLA 3. CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL SF-36 DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS. CARTAGENA 2010**

DIMENSIÓN	PROMEDIO	I.C. 95%	CV (%)
FUNCIÓN FÍSICA	66,4	63,8 - 69,1	35,9
ROL FÍSICO	47,5	42,8 - 52,1	89,1
DOLOR CORPORAL	54,4	50,8 - 58,0	60,3
SALUD GENERAL	47,0	45,0 - 48,9	37,5
VITALIDAD	67,0	65,1 - 68,9	25,6
FUNCIÓN SOCIAL	63,8	61,3 - 66,4	36,1
ROL EMOCIONAL	67,3	62,7 - 71,9	61,6
SALUD MENTAL	69,0	66,9 - 71,0	26,4

## RESULTADOS POR ESCALAS

1. Función física: 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.
2. Rol físico: 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.
3. Dolor corporal: 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.

4. Salud general: 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. 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.
5. Vitalidad: 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.
6. Función social: 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).
7. Rol emocional: 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.
8. Salud mental: 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).

**EVOLUCIÓN DECLARADA DE LA SALUD:** en cuanto a la evolución de salud de las personas

encuestadas actualmente comparada con la de hace un año tenemos que 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.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró un alto índice global de calidad de vida, lo que refleja una buena calidad de vida en personas con diabetes tipo II en Cartagena, estos datos son comparables con los del estudio realizado por Vinnacia (19) donde en general los sujetos estudiados con diabetes tipo II 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.

El sumario que evalúa la función física arrojó puntuaciones altas y es de las escalas más preservadas, los encuestados consideraron 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 (20), 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.

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 (21), en la investigación realizada

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.

La escala de salud general presenta uno de los porcentajes más bajos, estos resultados coinciden con Rodríguez M (22), 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 es la Diabetes Mellitus.

Otra de las dimensiones más afectadas fue la relacionada con el dolor corporal, resultados similares a los encontrados por Vinaccia (19), donde se halló que el 36,5% de la muestra de pacientes diabéticos presenta dolor intenso, que interfiere en su trabajo habitual, lo que 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 (23).

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 Contreras (23), los cuales afirman 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.

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 Sepúlveda (24), en su estudio sobre calidad de vida en adultos con limitaciones crónicas, 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 puede explicar por el apoyo constante de las personas más cercanas como familiares y amigos.

## 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 mental, social, vitalidad, función física y en menor escala en el rol físico, dolor corporal 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. 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.

Estos hallazgos son importantes para la enfermera educadora en diabetes y el equipo de salud en general, quienes evalúan 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.

**CONFLICTOS DE INTERESES:** ninguno que declarar.

**FINANCIACIÓN:** recursos propios de los autores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. Alpizar M. Guía para el manejo integral del paciente diabético. *Rev. El manual moderno*,(1),2001.
5. Mayer-Davis. Obesidad y estilos de vida sedentarios. Factores de riesgo modificables Para prevenir la diabetes tipo 2. *Corrent Diabetes Report Latin American*; 1(2):167-174.2001.
6. Gobernación de Bolívar, Secretaría Seccional de Salud Unidad de Salud Pública y PAB (2004). Diagnóstico situacional de Salud Bolívar, 2004.
7. Colombia. Ministerio de Protección social. Decreto 00412 del 2000. Norma técnica para la Promoción y Prevención. Bogotá: El Ministerio; 2000.
8. Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, Departamento Administrativo Distrital de salud, Subdirección de Salud Pública. Perfil epidemiológico del distrito de Cartagena. 2004.
9. De los Ríos J, Sánchez J, Barrios S, Guerreo V. Calidad de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, *Rev Med IMSS*, 2004 (42), 109-116..
10. Tonon G. Apreciaciones teóricas del estudio de la calidad de vida en Argentina. *Rev. Hologramática*, (1), 27-49. Disponible en: [www.hologramatica.com.ar](http://www.hologramatica.com.ar) 2005; (Fecha de acceso: 15 Noviembre 008).
11. Vitterso J. The concept of Life Satisfaction across cultures: exploring its diverse meaning and relation to economic wealth, *Social Indicators research*, Kluwer Academic Publishers, 2002 (16), 82..
12. Reyes A, Garduño J, Fajardo A, Martínez C. La calidad de vida en el paciente diabético II y factores asociados. *Revista médica del IMSS* 1995; (33), 293-298.
13. 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, 2005. (3): 351-357.
14. García C. Calidad de vida en enfermos crónicos. *Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCH-M)*. 2007, (6):1-9.
15. 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.
16. Ascher P. Guías ALAD de Diagnóstico, Control y \$tratamiento De La Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev. ASOC Latinoam Diabetes* 2000; (8), 1-168.
17. Cuestionario de Salud SF-36. Versión española de SF-36v2™ estándar Health Survey 1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003.
18. Romero E. Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes post-infarto agudos del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev.col de Cardiología*,2010 17(2):41-46
19. Vinaccia, S, et al. Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo II. *Suma Psicologica*. Bogotá, Marzo. 2006 13 (1).
20. 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)*. Agosto2006, (23) 8
21. Abreu M, Bernasconi K, Salud percibida en pacientes con Diabetes Tipo 2. *Rev Medica Urug*. 200872(2):158-168.
22. Rodríguez M, Guerrero J. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. *Salud Pública Méx*. 1997. 39(1): 44-7.
23. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*. 2006. 5 (3), 487-499.
24. Sepúlveda C. Adulto con limitación crónica del flujo aéreo que realiza funciones docentes: percepción de su calidad de vida. *Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería.Valdivia – Chile*. 2006.