

Running head: CALIDAD DE VIDA Y DIABETES

Calidad de Vida relacionada con la Salud de pacientes con Diabetes en
Cartagena

Rosario C. Sabogal, María A. Gómez y David J. Fortich*

Universidad Tecnológica de Bolívar

Author Note

*David J. Fortich, Asesor - Docente de tiempo completo, Universidad
Tecnológica de Bolívar.

Proyecto para optar al título de Psicólogas.

La correspondencia concerniente a este proyecto final debe enviarse al e-
mail: r.sabogal@hotmail.com

Resumen

El objetivo fue Identificar los factores socio-demográficos y factores relacionados con la enfermedad que se asocian a la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), aplicando la encuesta “Índice Multicultural de Calidad de Vida” a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en la consulta externa del Hospital Universitario del Caribe (HUdC) en el 2010.

Se trató de un estudio correlacional, con 259 participantes, seleccionados con un muestreo aleatorio estratificado según sexo. Para recolectar datos sobre los factores socio-demográficos y factores relacionados con la enfermedad se aplicó un cuestionario y para medir las dimensiones de la CVRS, se diligenció el “Índice Multicultural de Calidad de Vida (QLI Sp)”. Tras el análisis descriptivo de las variables, se realizó una regresión logística y se reportaron los Odds Ratios con sus intervalos de confianza.

El alfa de Cronbach de la escala fue de 0,88. Tener pareja, tener algún grado de escolaridad, ser mayor de 60 años, presentar complicaciones, tener más de 10 años con diagnóstico y presentar comorbilidades fueron los factores que mostraron estar asociados a la CVRS de los participantes.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus Tipo II, Calidad de vida relacionada con salud (CVRS), Factores socio demográficos, Factores Relacionados con la enfermedad.

Tabla de contenido

Introducción.....	4
Marco Teórico.....	5
Planteamiento del problema.....	16
Objetivos.....	21
Justificación.....	22
Método.....	24
Resultados.....	34
Discusión.....	41
Bibliografía.....	48
Anexos.....	57

Introducción

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un concepto multidimensional, que contempla aspectos objetivos y subjetivos del individuo; y es importante considerarlo para complementar la evaluación de los resultados e indicadores en salud y lograr una aproximación holística al cuidado de la salud.

Toda intervención en salud está encaminada a la mejora de la calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II (DM II), y para ello se tratan los síntomas y complicaciones, pero también debe considerarse la evaluación subjetiva que la persona hace de su salud, y la influencia de ésta en la autopercepción de su bienestar (Mena, Martín, Simal, Bellido y Carretero, 2006).

Con el presente estudio se pretendió identificar los factores sociodemográficos y factores relacionados con la enfermedad, y su asociación a la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en la consulta externa del Hospital Universitario del Caribe en el 2010.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud de Pacientes con Diabetes en Cartagena

Hoy en día se habla de la calidad de vida como un término multidimensional, fundamentado en un enfoque biopsicosocial de la salud, que toma en cuenta el efecto de circunstancias positivas y negativas en las percepciones, funcionamiento y otras áreas de la vida humana (Tuesca, 2005). No existe un consenso sobre lo que es la CVRS, pero entre los autores consultados, pueden identificarse elementos esenciales como el bienestar físico y psicológico, libertad y realización de ambiciones (Bulpitt y Fletcher, 1988); el estado físico, emocional e interacción social (Lynn, 1999. Citado en: Ramírez, 2007); grado de capacidad, comodidad y satisfacción (Ramírez, 2007) y satisfacción con la vida, funcionamiento en relación con la salud propia y posición socioeconómica (George y Bearon, 1980; citado en: Ramírez, 2007).

Para Schwartzmann (2003), la Calidad de Vida relacionada con la Salud es la valoración que el individuo hace de su vida considerando “el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar”. Esta definición que da cuenta sólo de la influencia de la enfermedad en la valoración de la vida, puede complementarse con lo planteado por Naughton, Shumaker, Anderson y Czajkowski (1996, Citado por Botero y Pico, 2007) quienes la definen como “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”.

Una definición más compleja de lo que es la CVRS, es presentada por Shumaker y Naughton (1995, citado por Salinas, Faria, González, Rodríguez, 2007), quienes la definen como “la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel del funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar”.

Tomando en cuenta lo expuesto, para las investigadoras la CVRS se definirá como la valoración que hace el individuo de su bienestar físico, psicológico y social, en relación con el funcionamiento ocupacional, interpersonal e intrapersonal.

Por otra parte, se afirma que estudiar la CVRS, permite “abordar la causalidad de la salud y la enfermedad al estudiar la calidad de las condiciones de vida en las que transcurre la vida cotidiana de las personas y por tanto, a intervenir sobre el riesgo y el grado de vulnerabilidad ante las enfermedades, a partir de criterios técnicos, de la cultura específica y del grado de equilibrio de la personalidad del individuo” (Ramírez, 2007).

El estudio científico de la CVRS, aporta la percepción del paciente como elemento de evaluación de resultados y base en el proceso de toma de decisiones en salud (Testa, 1996; Citado por Schwartzmann, 2003). Dilemas relacionados con la dicotomía Calidad-Cantidad de la vida y la pregunta por la distribución de los recursos económicos de salud pueden responderse solo cuando se toma en consideración la opinión del paciente, que estará mediada por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento y el soporte social percibido, que además son

factores que influyen en el estado de salud y enfermedad del individuo, y que serán los primeros a considerar a la hora de evaluar la calidad de vida propia.

(Schwartzmann, 2003)

Según Quiceno y Vinaccia (2008), las tres dimensiones más importantes que abarca el concepto de CVRS son: el aspecto social, psicológico y físico. Sin embargo, autores como Ruiz y Pardo (2005), ofrecen una mirada más detallada a los diferentes aspectos de la vida, tomando 6 dimensiones básicas: funcionamiento físico, bienestar psicológico o salud mental, estado emocional, el nivel de dolor percibido, funcionamiento social y percepción general de la salud.

Desde la psiquiatría, Mezzich, Ruiperez, Pérez, Yoon, Liu y Mahmud (2000), luego de revisar 21 propuestas de medición de calidad de vida, desarrollaron el “Índice Multicultural de Calidad de Vida” (QLI-Sp). La escala considera múltiples dimensiones de la CVRS, reflejando la complejidad del concepto: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida (Ramírez, Agredo, Jerez y Chapal, 2008).

La definición de cada dimensión del “Índice Multicultural de Calidad de Vida” (QLI-Sp), propuesta por los autores, son:

Bienestar físico: sentirse lleno de energía, sin dolores, ni problemas físicos.

Bienestar psicológico/ emocional: sentirse bien consigo mismo.

Auto-cuidado y funcionamiento independiente: desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones.

Funcionamiento ocupacional: desempeñar su trabajo, tareas escolares y tareas domésticas.

Funcionamiento interpersonal: relacionarse bien con la familia, amigos y grupos.

Apoyo social-emocional: disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda.

Apoyo comunitario y de servicios: vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros.

Plenitud personal: sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrute sexual y de las artes, etc.

Plenitud espiritual: sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia más allá de la vida material ordinaria.

Percepción global de calidad de vida: sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general.

El “Índice Multicultural de Calidad de Vida” fue el instrumento utilizado en la presente investigación.

De acuerdo con Schwartzmann (2003), las medidas tradicionales de resultados en el área de la salud no son suficientes para abordar enfermedades crónicas, para las que la intervención debe centrarse en reducir o eliminar síntomas y evitar la presentación de complicaciones, por no contarse con curación total. Por

ello la medición de la calidad de vida relacionada con la enfermedad aportaría información de base científica que lleve a tratamientos realmente efectivos para mejorar el bienestar de estos pacientes.

Las enfermedades crónicas implican cambios en los estilos de vida y ajustes en todas las áreas de la vida humana, y que además se caracterizan por una alta incidencia y prevalencia (Vinaccia y Cols. 2006). Además de cambios, este tipo de enfermedades implican limitaciones, aumentan la dependencia, provocan crisis y en muchos casos, significan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios, por ello debe trabajarse en la preservación de habilidades funcionales de los pacientes, lo que hace que tomar en cuenta la percepción de bienestar, el ajuste y el funcionamiento, sea necesaria en la toma de decisiones con respecto a la intervención (García-Viniegras y Rodríguez, 2006).

Una de las enfermedades crónicas es la Diabetes Mellitus, que se caracteriza por el déficit en la acción y/o secreción de la insulina. La insulina es una hormona producida en el páncreas, que regula la cantidad de glucosa en la sangre, relacionándose con el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. (Alvéar, 2007; Bennet y Plum, 1997; Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson y Loscalzo, 2008)

La Diabetes Mellitus comprende el grupo de enfermedades crónicas metabólicas, caracterizadas por la presencia de hiperglucemia crónica en ayunas, único elemento de diagnóstico válido y síntoma común a todos sus tipos, determinados por una compleja interacción entre estilos de vida, factores

ambientales y genética. Aunque aún no hay una cura para la Diabetes Mellitus, ésta puede ser controlada. La meta principal en el tratamiento es mantener los niveles de azúcar en la sangre lo más cerca del rango normal como sea posible (70 a 110 mg./dl) durante la mayor cantidad de tiempo. (Alvéar, 2007; Bennet y Plum, 1997; Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson y Loscalzo, 2008)

De acuerdo con Fauci y Cols. (2008) Existen cinco tipos de Diabetes Mellitus, siendo la Diabetes Mellitus Tipo II o Diabetes no-insulinodependiente, la forma más frecuente. Esta enfermedad se caracteriza por déficit de secreción de insulina más la resistencia a su acción, sin embargo un bajo porcentaje de personas con DM II son insulinodependientes; este tipo de Diabetes aumenta al ritmo del incremento de la edad poblacional y de la incidencia de la obesidad e inactividad física, según los autores. En pacientes con larga evolución de la enfermedad se presentan una serie de alteraciones fisiopatológicas secundarias como ceguera, insuficiencia renal crónica terminal, amputación no traumática de extremidades en adultos, enfermedad cerebrovascular y cardiovascular.

Estas alteraciones fisiopatogénicas de la Diabetes Mellitus Tipo II son clasificadas por Fauci y Cols. (2008) de la siguiente manera: hay complicaciones agudas que se caracterizan por déficit absoluto o relativo de la insulina, disminución de volumen y alteración del estado mental, destacándose tres cuadros potencialmente graves si no se diagnostican y tratan con rapidez, la cetoacidosis diabética, el coma hiperosmolar no cetótico, y la hipoglucemia. Estas

complicaciones pueden ser el complejo sintomático inicial, que lleva al diagnóstico de la enfermedad pero también pueden darse en pacientes ya diagnosticados.

También hay complicaciones crónicas que pueden afectar a muchos sistemas orgánicos y son responsables de gran parte de la mortalidad y morbilidad que acompañan a la Diabetes Mellitus Tipo II, se pueden dividir en vasculares y no vasculares. A su vez las vasculares se dividen en microangiopatía (retinopatía, neuropatía y nefropatía) y macroangiopatía (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebrovascular). Las complicaciones no vasculares comprenden problemas como la gastroparesia y la disfunción sexual.

Es importante resaltar que la diabetes Mellitus Tipo II no sólo se caracteriza por la elevación de la glucemia y sus implicaciones, sino que además pesada carga en al individuo que la padece y en al sistema sanitario. En el 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas emite una resolución en la que la reconoce como amenaza global, por ser una enfermedad no infecciosa que pone en peligro a la población tanto como el SIDA, la malaria o la tuberculosis; y por ser una de las causas más importantes de mortalidad, discapacidad, gasto y pérdida de crecimiento económico en el mundo. (Alvéar, 2007; Bennet y Plum, 1997; Fauci y Cols., 2008).

El impacto de la Diabetes Mellitus Tipo II no debe asociarse solo con su magnitud epidémica, sino con las particularidades biopsicosociales que caracterizan a los diabéticos (Colunga-Rodríguez, García, Salazar y Ángel-González, 2008). Cuando la persona desarrolla un cuadro diabético, debe cambiar su estilo de vida, el tratamiento gira en torno del control glucémico, lo cual puede resultar bastante

costoso, en términos no sólo económicos, sino también psicológicos, sociales y físicos.

De acuerdo con Colunga-Rodríguez, García, Salazar-Estrada y Ángel-González (2008), el manejo emocional en la familia del paciente, los factores psicosociales asociados a la diabetes y su impacto en el entorno del paciente (ambiente social, familiar, laboral, académico) influyen en el control glucémico, por lo que para mejorar la calidad de vida del paciente diabético es necesario considerar todas sus dimensiones y trabajarlas.

De acuerdo con Vargas-Mendoza (2009) el objetivo del tratamiento para la Diabetes Mellitus tipo II es mejorar la calidad de vida y el funcionamiento del pacientes, promoviendo el ajuste conductual ante la enfermedad; el grado de compromiso con el cuidado propio es indicativo de la expectativa y la calidad de la vida del paciente. Las dificultades en la adaptación a la enfermedad, los niveles de estrés que exceden las habilidades de afrontamiento del individuo, la frustración, la ansiedad, el apoyo social percibido, entre otros factores psicosociales, se manifiestan en episodios de inestabilidad metabólica que llevan a frecuentes hospitalizaciones. A este respecto, Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz, Ponce-de-León-Rosales (2005) manifiestan que más que de las características de la enfermedad, la calidad de vida depende de cómo el paciente la viva.

Cárdenas, Pedraza y Lerna (2005), encontraron en su estudio que los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II presentan una afección moderada sobre su calidad de vida; y que la dimensión más afectada fue el funcionamiento físico,

además de los efectos de la preocupación por los efectos del futuro e impacto de la enfermedad en su vida diaria. Este estudio expone que los pacientes con mayor escolaridad y los de sexo masculino reportan una mejor calidad de vida. O'Kane, McMenamin, Bunting, Moore y Coates (2010), encontraron que en Inglaterra la prevalencia de esta enfermedad es mayor a menores ingresos y nivel educativo, y que los pacientes con desventaja socioeconómica se encontraban menos preparados para afrontar los desafíos de la enfermedad, además de presentar mayor riesgo a complicaciones como la Hipertensión Arterial, enfermedad cardio y cerebrovascular, retinopatía y obesidad.

Investigaciones previas apuntan a que la CVRS se ve deteriorada en el paciente con Diabetes Mellitus Tipo II. Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarraín, Díez (2007), plantean que la necesidad de un tratamiento tan estricto, sumada a la disminución de la esperanza de vida a causa de las complicaciones propias de la Diabetes Mellitus Tipo II, afectan negativamente la percepción de bienestar, sobretudo ante la presencia de complicaciones, y especialmente en las dimensiones de función física, salud general, función social y rol emocional.

Braun, Samann, Kubiak, Zieschang, Kloos, Muller, Oster, Wolf y Schiel (2008) demostraron que las complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo II afectan profundamente la CVRS, presentando evidencia de que hay una asociación entre la retino y neuropatía y el bienestar físico. Las complicaciones de la enfermedad y mortalidad se relacionaron con estados de ánimo depresivos. Y por otro lado, las comorbilidades sintomáticas mostraron alta influencia en la CVRS.

Mena, Martin, Simal, Bellido y Carretero (2006) buscaban “evaluar qué aspectos de la CVRS se ven afectados por la Diabetes Mellitus Tipo II y la influencia del control glucémico y de los factores de riesgo cardiovasculares asociados”, tomando el tabaquismo, la tensión arterial, los niveles de colesterol e índice de masa corporal como estos factores. Concluyeron que la Hipertensión Arterial, la obesidad y un mal control glucémico se relacionan con peor CVRS, además encontraron que solo un 6,39% de su población no presentaba ninguno de los factores antes mencionados, los cuales se correlacionaban mayormente con las puntuaciones en la función física, la salud mental. La obesidad se correlacionaba especialmente con la función física, la social y la psicológica; mientras que los niveles lipídicos no se correlacionaron con el cuestionario.

Por otro lado, Vinaccia y Cols. (2006), en su estudio sobre la calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, encontraron que la calidad de vida evidencia deterioro en todas las dimensiones. Un 65% de la población de estudio presentó limitación para desarrollar actividades físicas cotidianas, 55.4% percibió interferencia de su salud en su vida social y la mitad de la muestra manifestó padecer alteraciones en su salud mental en mayor o menor grado.

En un estudio sobre calidad de vida, salud y trabajo en Diabetes Mellitus Tipo II (Salazar-Estrada, Torres, Colunga-Rodríguez, y Ángel-González, 2009), en pacientes de cuatro centros de salud de Guadalajara, México, encontrando que el 61% de la muestra contaba con remuneración económica y que su percepción de la

salud era mayor que el grupo que no tenía remuneración económica. Los hombres calificaron su calidad de vida como más deteriorada que las mujeres, además determinaron que los pacientes que tenían mayor edad y menor escolaridad presentaban peor calidad de vida y no encontraron diferencias significativas en cuanto a estado civil. Los pacientes con Diabetes Mellitus se caracterizaron por tener mayor edad y menor grado de escolaridad. En estos pacientes, la presencia de complicaciones de la enfermedad afectaba moderadamente su percepción de CVRS, seguidas por el control metabólico, el tiempo de evolución de la enfermedad y las comorbilidades. Por su parte, Cárdenas, Pedraza y Lerna (2005), encontraron que el tiempo de padecer la enfermedad no influía en la percepción de la calidad de vida de los pacientes diabéticos con referencia a su estudio.

Esta revisión de investigaciones, muestra que la Diabetes Mellitus Tipo II es una enfermedad crónica, que dadas sus características se considera dañina por quienes la padecen, y sea en mayor o menor grado, incide negativamente en la CVRS, por ello y su alta prevalencia e incidencia, su estudio se hace necesario y de allí que se plantee la presente investigación en la Ciudad de Cartagena.

Planteamiento del Problema

La calidad de vida es una preocupación de los seres humanos, se tiene en cuenta para determinar las percepciones y alcance de la salud o la enfermedad en el individuo, en su vida diaria y su relación con el entorno. Por Calidad de Vida relacionada con Salud (CVRS) se entiende a “la satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas” (Schwartzmann, 2003). Es decir, que la percepción de la CVRS está influida por los procesos de salud-enfermedad que vivencia las personas; y dentro de estos procesos, factores socio-demográficos y factores asociados a la enfermedad.

Hoy en día, hay más nacimientos y más alta expectativa de vida, pero al mismo tiempo, la gente se ejercita menos e ingiere mayores cantidades de comida poco saludable, factores de riesgo relacionados con el crecimiento descontrolado del número de personas con Diabetes en el mundo (Absetz, Oldenburg, Hankonen, Valve, Heinonen, Nissinen, Fogelholm, Talja y Uutela, 2009). Según la Organización Mundial de la Salud, hay en el mundo más de 220 millones de personas con Diabetes, muriendo anualmente 3.2 millones de personas por su padecimiento, lo que significa 8.700 muertes diarias, en un 50% aproximado de personas entre 35 y 65 años de edad, y cerca del 80% de estos fallecimientos se registran en países en vía de desarrollo.

La Diabetes Mellitus Tipo II es una enfermedad crónica considerada un problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia e incidencia y

dada la gravedad de las complicaciones cardiovasculares, neuropáticas, renales, oculares, entre otras; y que representan elevados costos (económicos, sociales y funcionales) para el paciente, la familia y los sistemas de salud. El grado de cambio que implica la diabetes, en la vida de quien la padece, puede ser bastante alto, significa la responsabilidad diaria de un control metabólico estricto, cambios en la dieta, actividad física y atención médica constante. (Ministerio de Protección Social, 2010)

Según la Guía de atención de la Diabetes Mellitus Tipo II del Ministerio de Protección Social (2010), en Colombia, la diabetes es considerada uno de los 10 factores de riesgo de mortalidad, consulta e ingresos hospitalarios en mayores de 45 años, su prevalencia es de 10,8%, y está asociada a sobrepeso y obesidad. De acuerdo con la Federación Internacional de la diabetes, en otros países oscilan entre 8.6% en Europa, 12,2% en Ecuador y en Chile tan solo es de 5.5%. En Cartagena específicamente, el perfil epidemiológico 2009 elaborado por el Departamento Administrativo De Salud Distrital (DADIS), reporta que entre las causas de morbilidad médica en el Distrito de Cartagena se presentaron 2.565 casos de Diabetes Mellitus Tipo II, ocupando el puesto 18 entre las 20 primeras causas de morbilidad, y en 2008 ocupó la octava causa de muerte en la población general (DADIS, 2008). Hay que tomar en cuenta que por ser factor de riesgo para morbimortalidad por enfermedad cardiovascular, hipertensión y otras complicaciones agudas y mortales, estas cifras se creen subvaloradas, pues la causa de muerte registrada es siempre la complicación, aunque ésta se asocie a la diabetes.

Con respecto a la CVRS de pacientes diabéticos se sabe que a mayor severidad de complicaciones médicas se presenta mayor deterioro de la CVRS, influyendo en el control metabólico que maneje el paciente (Wikby, Hörnquist, Stenström, y Andersson, 1993). Por su parte y apoyando este hallazgo, investigaciones como las de Garay-Sevilla y Cols. (1995), y Garay-Sevilla, Malacara, González-Contreras, Wróbel-Kaczmarczyk, y Gutiérrez-Roa (2000) demuestran que la percepción de estrés se relaciona con descontrol metabólico, pues además de trastornar la vida diaria, relacionada con la dieta, actividad física y la medicación, lleva a cambios psicofisiológicos, como incremento de secreción de hormonas que aumentan los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo. Investigaciones como las de Mena, Martín, Simal, Bellido y Carretero (2006) y Absetz y Cols, (2009), concuerdan en que la hipertensión, la obesidad y un mal control glucémico se relacionan con un peor estado de salud subjetivo en pacientes diabéticos, y por otro lado Lau, Qureshi y Scott, (2004) plantean que es preciso ahondar en el estudio de esta relación, pues concluyen que el deterioro de la calidad de vida “afecta la productividad, el funcionamiento psicosocial y la salud, por lo que los médicos deben conocer de qué forma sus pacientes diabéticos la perciben”.

La investigación sobre la CVRS en el paciente diabético es aún incipiente en Colombia, pero existen esfuerzos para llegar a la consolidación de un marco teórico que lleve a ajustes en las intervenciones clínicas y preventivas. Vinaccia, Fernández, Escobar, Calle, Andrade, Contreras y Tobón (2006) realizaron un estudio en Medellín, encontrando que el efecto del dolor en la realización de actividades diarias

es más impactante que su intensidad, y que la vitalidad también se encuentra deteriorada en los diabéticos.

No se encontraron resultados de investigaciones sobre CVRS de pacientes con Diabetes Mellitus en la ciudad de Cartagena. Durante el acercamiento a las entidades públicas y privadas de Cartagena, se visitaron los cuatro centros más importantes de atención de diabéticos, encontrándose que no cuentan con programas de apoyo integral a estos pacientes, ni de mejora de la CVRS de la población atendida, de hecho, no se ha medido este constructo en los pacientes. Gómez (2009) plantea que las acciones dirigidas a la población diabética cartagenera por parte del equipo interdisciplinario de salud han estado enfocadas a aspectos físicos y fisiológicos, dejando de lado dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud como la psicológica y social, que pueden ser fundamentales en la estabilidad de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo II, y que existe la necesidad en la ciudad de estudiar el tema para generar planes de atención estructurados, eficientes y humanizados tendientes a disminuir las alarmantes cifras de prevalencia de la enfermedad, y por supuesto a mejorar la calidad de vida no solo de los diabéticos cartageneros, sino de todos los pacientes con enfermedades crónicas. Lau, Qureshi y Scott, (2004) a su vez manifiestan que “la asociación entre el mayor control glucémico y el mejoramiento de la esfera mental de la calidad de vida reflejaría el manejo proactivo de la enfermedad”.

La atención que se brinda en Cartagena está enfocada al manejo del control glucémico y a la prevención y control de complicaciones, invitando al paciente al

control de la enfermedad por medio del ejercicio y cambio en la dieta; esfuerzos que aunque vitales para el tratamiento de la diabetes, deberían complementarse con trabajo relacionados con las distintas dimensiones de la CVRS para optimizar los resultados en esta población.

El Hospital Universitario Del Caribe (HUdelC), es la única institución Pública Descentralizada, prestadora de Servicios de Salud de Mediana y Alta Complejidad en la ciudad, características que lo categorizan como hospital de referencia en la Ciudad, en el departamento de Bolívar y en la región Caribe. La presente investigación tendrá lugar en el área sanitaria del HUdelC, cuyo servicio de Consulta Externa está conformado por 32 especialidades y según los datos obtenidos en el Departamento de Archivos Clínicos, ha atendido 607 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II entre el 1 de enero y el 30 de Septiembre de 2010 en el servicio de Medicina Interna.

Por todo lo anteriormente expuesto, se formula el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los factores socio-demográficos y factores relacionados con la enfermedad que se asocian a la Calidad de Vida relacionada con la Salud de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el Hospital Universitario del Caribe en 2010?

Objetivos

Objetivo General:

Identificar los factores socio-demográficos y factores relacionados con la enfermedad que se asocian a la CVRS, aplicando la encuesta “Índice Multicultural de Calidad de Vida” a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en la consulta externa del Hospital Universitario del Caribe (HUdC) en el 2010.

Objetivos Específicos:

Describir a los participantes del estudio según los factores socio-demográficos y factores relacionados con la enfermedad.

Describir la CVRS según los factores socio-demográficos y según los factores relacionados con la enfermedad.

Identificar el promedio de CVRS de los participantes.

Describir las dimensiones de la CVRS de los participantes del estudio.

Explorar la asociación entre factores socio-demográficos y las dimensiones de la CVRS de los participantes.

Explorar la asociación entre factores relacionados con la enfermedad y las dimensiones de la CVRS de los participantes.

Justificación

En la ciudad de Cartagena hay necesidad de implementar estrategias integrales de manejo de la Diabetes Mellitus tipo II, debido a que es un problema de salud pública. Para ello, debe evaluarse la CVRS en los pacientes diabéticos de la ciudad con un abordaje holístico de la problemática, buscando explorar las dimensiones de la CVRS que se ven afectadas por esta enfermedad y los factores asociados.

Por tratarse de un concepto multidimensional, la CVRS debe manejarse como un conjunto, y no como partes aisladas, no puede trabajarse un área funcional y esperar que el deterioro de otra, no afecte el trabajo realizado. Esta investigación permitirá al personal de la salud establecer actitud de cambio, innovación y compromiso en su práctica profesional, y facilitará la creación de intervenciones que promuevan bienestar psicosocial; por significar un paso inicial para llegar a la construcción de programas integrales de mejora de CVRS de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

La principal importancia clínica de estudiar la calidad de vida en personas enfermas es que permite evaluar el impacto de la enfermedad y la efectividad del manejo de la población atendida, permitiendo diseñar estrategias científicas pensadas para promover el bienestar psicosocial de la población general. La mejora de la calidad de vida representa el objetivo de toda medida de prevención y tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, enfermedad que se asocia a complicaciones severas, y que dada su cronicidad disminuye significativamente la

percepción de bienestar y las capacidades psicológicas, sociales y físicas del paciente (Stewart, Greenfield, Hays, Wells, Rogers, Berry, McGlynn y Ware, 1989).

El impacto de determinadas enfermedades en los pacientes no debería ser medido únicamente por la cuantificación de parámetros clínicos objetivos (Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarrain, Díez, 2007), como la morbilidad, la mortalidad o la prevalencia; por ello se plantea un estudio novedoso en la comunidad científica cartagenera que busca evaluar este impacto, considerando la percepción del paciente y determinados factores (variables socio-demográficas y relacionadas con la enfermedad) en su bienestar. Leplége y Hunt (1998, citado por Cano, Quinceno, Vinaccia, Gaviria, Tobón, y Sandín, 2006 y Schwartzmann, 2003), ponen en relieve el valor de la perspectiva del paciente es tan válida como la del médico tratante cuando se trata de evaluar resultados de salud, al hablar de ajustes internos que ayudan a preservar la calidad de vida a pesar del deterioro de la salud, por tanto no debe abandonarse esta medida.

Contar con la caracterización de la población, en lo referido a la enfermedad y a sus características socio-demográficas, es el primer paso para desarrollar estrategias efectivas de tratamiento, así como de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y gracias a estudios realizados en Cartagena se sabe que muchos programas realizados con la población diabética se desarrollan de espaldas al tipo y grado de dificultad específica que enfrenta el grupo al que van dirigidos, lo que implica que los objetivos básicos de atención en diabetes no se cumplan a cabalidad (Alayón y Mosquera, 2008).

Método

Diseño

Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo. Su diseño es correlacional, ya que pretende describir las variables y analizar la interrelación entre ellas; además, dado que la recolección de los datos se llevó a cabo en un momento único, su naturaleza es transversal (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007; Ritchey, 2008).

Sujetos

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo II, sea este su diagnóstico primario o secundario, atendidos en el servicio de Medicina Interna y Endocrinología, en la consulta externa del HUdelC en el 2010, que desearan participar voluntariamente en el estudio. Se tomó como criterio de exclusión estar en condiciones de limitación física y/o mental que impida diligenciar los instrumentos, no se considera el analfabetismo una limitación por tratarse de instrumentos heteroaplicados.

El tamaño de la muestra estimado es de 259 pacientes, considerando una prevalencia de 0.5, un nivel de confianza del 95% y un error absoluto del 5% (error relativo del 10%). Para este cálculo se utiliza la fórmula para poblaciones finitas. Se realizó ajuste del tamaño de la muestra, asumiendo un 10% de pérdidas.

N	607
F	0,57768421
No	243
10%	24
	259

$$n_0 = \frac{n}{(1 + f)}$$

Para seleccionar la muestra se realizó un muestreo aleatorio estratificado según sexo, tomando en cuenta que el 70% de la población son mujeres. Se tomaron 78 hombres y 181 mujeres. La muestra se seleccionó a través de un muestreo sistemático, utilizando las siguientes fórmulas:

$$181/429=0,42191142$$

$$78/178=0,43820225$$

Lo anterior implica que de los listados generales de pacientes femeninos y masculinos se tomó una persona cada cuatro para que hiciera parte de la muestra.

La información se recolectó durante los meses de octubre y noviembre de 2010.

Instrumento

Para recolectar datos sobre los factores socio-demográficos y factores relacionados con la enfermedad de los participantes se aplicó un cuestionario con la

información pertinente (Ver anexo No. 1); y para medir las dimensiones de la CVRS, se diligenció el “Índice Multicultural de Calidad de Vida” (QLI-Sp), diseñado por Mezzich y Cols. (2000), instrumento desarrollado luego de revisar 21 propuestas de medición de calidad de vida. Esta es una escala con formato de respuesta tipo Likert, se trata de un instrumento de breve aplicación (10 ítems), multidimensional y culturalmente sensible que evalúa la CVRS desde la perspectiva de las personas. Ambos instrumentos son heteroaplicados, lo que quiere decir que se aplicaron por medio de una entrevista en la que un investigador leía el cuestionario y marcaba las respuestas que da el paciente.

El “Índice Multicultural de Calidad de Vida” contempla escalas para medir las dimensiones de: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de calidad de vida. (Ver anexo No. 2)

Cada una de las dimensiones del “Índice Multicultural de Calidad de Vida” se valora en una escala de uno a diez, siendo uno “mala” CVRS y diez “buena” CVRS. Dado que en la literatura disponible no se propone un punto de corte a partir del cual considerar “buena” CVRS, se tomaron valores iguales o superiores a 7 como criterio para definir una “buena” CVRS; y valores de 6 o menos, fueron considerados como “mala” CVRS.

Esta escala ha sido validada en cinco idiomas: español, inglés, chino, coreano y portugués. Ha sido aplicado en Perú por Schwartz, Zapata-Vega, Mezzich y Mazzotti (2005) obteniendo un alfa de Cronbach de 0.88; en Argentina, reportando alfa de Cronbach de 0.85 por Jatuff, Zapata-Vega, Montenegro y Mezzich (2007). En Cartagena, Colombia, este instrumento fue validado por Herrera, A. (2008) en adultos con insuficiencia renal y reportó un alfa de Cronbach de 0.80; y fue utilizado también por Acosta, Castellanos y Melguizo (2010) con una población de adultos mayores de la Comuna 9 de Cartagena, reportando un alfa de Cronbach de 0.753. Los estudios han concluido que esta es una escala confiable, capaz de discriminar grupos en los que se presumen diferentes niveles de calidad de vida, eficiente y de fácil aplicación. En el presente estudio se calculó el coeficiente de Cronbach para el “Índice Multicultural de Calidad de Vida”.

La operacionalización de variables de este estudio está ilustrada en la Tabla 1.

Tabla 1
Operacionalización de variables

NOMBRES DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍA	INDICADORES	TIPO VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Aspectos biológicos, económicos y de relaciones, propios de las personas que participan en este estudio.	Edad: Tiempo cumplido en años desde el nacimiento hasta la recolección de la información	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Discreto
		Sexo: Condición biológica	-Masculino -Femenino	Cualitativa	Nominal

	<p>Estado Civil: Conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada persona con la familia donde proviene o la familia que ha formado</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Casado -Soltero -Unión libre -Divorciado -Viudo 	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>
	<p>Escolaridad: Último Grado educativo culminado satisfactoriamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sin escolaridad -Primaria -Secundaria -Técnico -Profesional 	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>
	<p>Actividad económica:</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Hogar -Obrero -Técnico -Trabajar independiente -No trabaja -Administrativo -No trabaja -Pensionado -Empleado 	<p>Cualitativo</p>	<p>Nominal</p>
	<p>Ingreso Mensual: Remuneración recibida por prestación de servicio laboral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -< de \$200.000 -De \$200.001 a \$500.000 -De \$500.001 a \$1'000.000 -Más de 1 millón. -No tiene. 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Intervalo</p>

CALIDAD DE VIDA	Percepción de estado de salud y su influencia en las diferentes dimensiones de la vida del encuestado	Bienestar Físico	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta
		Bienestar psicológico/emocional	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta
		Auto-cuidado y Funcionamiento Independiente	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta
		Funcionamiento Ocupacional	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta
		Funcionamiento Interpersonal	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta
		Apoyo Social-Emocional	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta
		Apoyo Comunitario y de Servicio	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta
		Plenitud Personal	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta
		Plenitud Espiritual	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta
		Percepción Global de Calidad de Vida	-De 1 a 10	Cuantitativa	Discreta

NOMBRES DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍA	INDICADORES	TIPO VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD.	Aspectos característicos de la enfermedad.	Complicaciones: presencia de una o más alteraciones asociadas a la Diabetes Mellitus tipo II, diagnosticada después de la enfermedad.	Las citadas por el paciente.	cuantitativa	Nominal
		Comorbilidad: número de enfermedades diagnosticadas a	-Enfermedades del sistema nervioso central. -Neoplasias y	cuantitativa	Nominal

		<p>parte de la Diabetes Mellitus tipo II que presenta la persona.</p>	<p>cánceres.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades del sistema genitourinario. -Enfermedades Cardiovasculares. -Trastornos psiquiátricos. -Enfermedades gastrointestinales. -Trastornos del sistema endocrino. -Enfermedades oftalmológicas. -Problemas metabólicos. -Enfermedades del sistema osteomuscular. -Otras enfermedades y comportamientos de riesgo. -Enfermedades del sistema osteomuscular. -No reporta 		
		<p>Tiempo de Diagnostico: tiempo transcurrido desde el diagnostico hasta la recolección de la información.</p>	<p>Menos de 1 año. 1-3 años. 3 – 5 años. 5 – 10 años . 10 años en adelante.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Intervalo</p>

Procedimiento

El reclutamiento se llevó a cabo mediante una selección aleatoria de los participantes, en el listado de los pacientes. Se solicitó su participación en el estudio y se aplicó la ficha de recolección de datos de los factores socio-demográficos y relacionados con la enfermedad. Para saber cuando una enfermedad reportada por el paciente se trataba de comorbilidad o complicación, se tomó en consideración el tiempo de diagnóstico de la misma, aquellas diagnosticadas después de la Diabetes Mellitus Tipo II y que se relacionaran con la enfermedad se tomaron como complicaciones; y como comorbilidad se consideró todas las otras enfermedades diagnosticadas, a parte de la Diabetes Mellitus tipo II, que presentara la persona.

Para el análisis de los resultados se utilizaron los criterios de la estadística descriptiva. Para el análisis univariado se aplicaron medidas de frecuencia, tendencia central y de dispersión; y para el análisis bivariado, se utilizaron las pruebas no paramétricas U Mann – Whitney y Kruskal - Wallis para valorar el perfil de salud de la población, y determinar las diferencias del estado de salud y la percepción de la CVRS de los pacientes respecto a los factores socio-demográficos y relacionados con la enfermedad citadas anteriormente. El nivel de significación empleado fue del 5% (0,05).

Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS 18.0®, se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las variables, se calcularon frecuencias, porcentajes y promedios; posteriormente se realizó una regresión logística y se reportaron los Odds Ratios con sus intervalos de confianza para establecer las

posibles asociaciones, tomando como variable dependiente la CVRS, categorizada según sus dimensiones, dicotomizadas de tal manera que buena calidad corresponde a puntajes iguales o superiores a 7. Mientras que las variables independientes son las sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad. Al encontrar ORs mayores a 1, con intervalos de confianza que superen la unidad, se interpreta que existe una asociación positiva entre las variables; mientras que ORs menores a 1 con intervalos de confianza menores a la unidad, se interpreta como una relación negativa entre las variables; cuando los intervalos de confianza atraviesan la unidad, no existe relación significativa entre las variables.

Consideraciones éticas

Según la Resolución 08430 del 4 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública, de Colombia, ésta es una “investigación sin riesgo”, de acuerdo al párrafo “a” del artículo 11, teniendo en cuenta que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”; dado que los instrumentos utilizados fueron cuestionarios. (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007) La identidad de los participantes se mantendrá en el anonimato y se diligenció el consentimiento informado, de acuerdo a lo establecido en los artículos 6, 15 y 16 de la Resolución 08430 del 4 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública, de Colombia. (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007) (Ver anexo No.3)

También se consideraron los aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki en cuanto a la protección de la vida, salud, dignidad, integridad, derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad de la información de las personas que participaron en esta investigación. (Carvajal, Cruz y Vásquez, 1993).

Resultados

El alfa de Cronbach de la escala fue de 0,88. En el estudio participaron un total de 259 pacientes diabéticos atendidos en la consulta externa del Hospital Universitario del Caribe entre los meses de octubre- noviembre de 2010, con edad promedio de 59,9 años (I.C. 95% 58,1 – 61,7); de los cuales el 71% (183) y el 29% (76) eran hombres.

En cuanto a la escolaridad, el 30,9% (80) de los encuestados no tienen escolaridad; uno de cada tres cuenta con básica primaria; uno de cada cinco tiene estudios hasta básica secundaria; el 8% (22) son técnicos y en la misma proporción se encuentran los profesionales. (Ver anexo No. 4 tabla No. 3).

Respecto al estado civil, se encontró que el 47% (123) son casados, el 14,7% (38) son solteros, el 17% (44) viven en unión libre, el 6,9% (18) se encuentran divorciados y el 13,9% (36) son viudos. (Ver anexo No. 4, tabla No. 4).

En relación a la condición laboral, se observó que el 15,4% (40) de los participantes eran empleados, 7,7% (20) eran trabajadores independientes; uno de cada cuatro eran desempleados; el 7,7% (20) eran jubilados; el 6% (16) eran obreros; el 1% (4) eran técnicos; uno de cada tres participantes se dedica al hogar. Sólo 2 participantes laboran en la parte administrativa. (Ver anexo No. 4, tabla No. 5).

En materia de ingresos, la tercera parte de los participantes del estudio encuestados tienen ingresos muy bajos (menores de medio salario mínimo), mientras que el 36% (95) no tiene ingresos. Solo 6 participantes ganan dos salarios mínimos o más (Ver anexo No. 4, tabla No 6).

El 7,7% (20) de los participantes tiene menos de un año de haber sido diagnosticado mientras que el 47% lleva más de 10 años de haber recibido diagnóstico. Es decir, la población de estudio está conformada por pacientes que hace ya un tiempo considerable se encuentran diagnosticados. (Ver Anexo No. 4, tabla No 7).

Para determinar si las enfermedades presentadas eran complicaciones de la diabetes Mellitus tipo II, se tuvo en cuenta si su diagnóstico fue después del diagnóstico de diabetes. A este respecto se observó que el 24,3% (63) presentaron neuropatías; 20,1% (52) enfermedad vascular periférica y el 10,8% (28) retinopatías. El 19,7% (51) de los participantes manifestó que no tenían otras patologías diagnosticadas al momento del estudio. (Ver Anexo No. 4, tabla No 8).

Con respecto a las comorbilidades presentadas por los participantes, se observó un predominio de enfermedades cardiovasculares en el 32% (83), seguido de los problemas metabólicos 14,7% (38) y enfermedades oftalmológicas en el 7,3% (19). El 22% (57) de los participantes manifestaron no presentar otras patologías en el momento del estudio. (Ver Anexo No. 4, tabla No 9).

Entre las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, los mejores resultados se observan en el funcionamiento interpersonal (promedio 8,5) y el apoyo social (8,4) mientras que el bienestar físico es la dimensión más afectada entre los participantes del estudio (promedio de 5,8) seguido del apoyo comunitario (promedio de 6,0). La mayor variabilidad de respuesta en la percepción de las dimensiones se encontró en el bienestar físico y en el funcionamiento ocupacional. El promedio general de los participantes en el instrumento fue de 7,2. (Ver Anexo No. 4, tabla No 10).

El análisis indica que no existen diferencias significativas en las diferentes dimensiones de la CVRS entre hombres y mujeres, con excepción de la plenitud espiritual, dimensión en la que las mujeres reportan mejores resultados que los hombres, con un promedio de 8,4. (Ver Anexo No. 4, tabla No 11).

El bienestar físico de la población se incrementa significativamente (Prob. Kruskal - Wallis $< 0,05$) a medida que aumenta el nivel de escolaridad (0.004). Del mismo modo, el bienestar emocional (0.002), el autocuidado (0.010), el funcionamiento ocupacional (0.001), el apoyo comunitario (0.003), la plenitud personal (0.001) y la percepción global de la calidad de vida (0.001) difieren significativamente entre los distintos niveles de escolaridad mientras que no ocurre lo mismo con el funcionamiento interpersonal (0.516), el apoyo social (0.396) y la plenitud espiritual (0.058). Los participantes con mayor escolaridad tienen mejor bienestar físico, bienestar emocional, autocuidado, funcionamiento ocupacional,

apoyo comunitario, plenitud personal y percepción global de la calidad de vida relacionada con la salud. (Ver Anexo No. 4, tabla No 12).

De acuerdo con el análisis estadístico, el bienestar físico (0.031), el bienestar emocional (0.035), el autocuidado (0.038), el funcionamiento ocupacional (0.001), plenitud personal (0.004) y la percepción global de la CVRS (0.018) de los pacientes diabéticos encuestados se diferencian significativamente según su estado civil. Los participantes en unión libre tienen mejor bienestar físico (Promedio: 6.6), autocuidado (Promedio: 8.0), funcionamiento ocupacional (Promedio: 7.5), la plenitud personal (Promedio: 7.1) y percepción global de la CVRS (Promedio: 7.5). Los participantes casados tienen mayor apoyo social (Promedio: 8.7), apoyo comunitario (Promedio: 6.2) y plenitud espiritual (Promedio: 8.4). Los participantes del estudio soltero y viudo fueron quienes reportaron menos puntajes en las diferentes dimensiones de la prueba. (Ver Anexo No. 4, tabla No 13).

Según la condición laboral de los participantes, el bienestar físico (0.001), bienestar emocional (0.049), autocuidado (0.001), funcionamiento ocupacional (0.001), plenitud personal (0.001) y la percepción global de la CVRS (0.001) de los pacientes diabéticos encuestados difieren significativamente. Los participantes que laboran en el campo administrativo tienen mejor bienestar físico (7.0), bienestar emocional (8.5), autocuidado (9.0), funcionamiento interpersonal (8.0), apoyo social (10.0). Los técnicos tienen mejor funcionamiento ocupacional (9.0), la plenitud personal (9.0) y percepción global de la CVRS (8.8). Los participantes dedicados al

hogar presentan peor bienestar físico (5.2), bienestar emocional (6.6), funcionamiento ocupacional (6.0), funcionamiento interpersonal (8.0), plenitud personal (6.1) y percepción global de la CVRS (6.6). Los participantes desempleados y aquellos jubilados también mostraron puntajes significativamente bajos en las diferentes dimensiones. (Ver Anexo No. 4, tabla No 14).

Se observó que existe una diferencia significativa entre los diferentes niveles salariales de la encuesta en las siguientes dimensiones: percepción global de la calidad de vida (0.001), plenitud personal (0.001), apoyo comunitario (0.004), funcionamiento ocupacional (0.001), autocuidado (0.001), bienestar emocional (0.001) y bienestar físico (0.001). Los participantes del estudio que reportaron ganar más de \$1.000.000, mostraron mejor bienestar emocional (8.3), autocuidado (9.2) y apoyo comunitario (8.0), sin embargo, el incremento del ingreso no significó mejor puntaje en las dimensiones percepción global de la calidad de vida, plenitud personal, funcionamiento ocupacional y bienestar físico . (Ver Anexo No. 4, tabla No 15).

En los participantes de este estudio, se observa que a medida que aumenta el tiempo de diagnóstico se deterioran las percepciones en cada uno de las dimensiones de la CVRS. Sin embargo, el análisis estadístico muestra que esta reducción resulta significativa sólo para las dimensiones: Bienestar físico (0.001), bienestar emocional (0.001), autocuidado (0.001), funcionamiento ocupacional (0.001), plenitud personal (0.001) y percepción global de la CVRS (0.001). (Ver Anexo No. 4, tabla No 16).

Exceptuando la plenitud espiritual (0.353) y el apoyo social (0.095) para los participantes de este estudio, la percepción de la calidad de vida en las dimensiones estudiadas se encuentra significativamente deteriorada al presentar complicaciones. (Ver Anexo No. 4, tabla No 17).

Al análisis estadístico se observa que los participantes que reportan presentar comorbilidades obtienen puntajes significativamente inferiores que aquellos que no en las siguientes dimensiones de la CVRS: bienestar físico (0.001), bienestar emocional (0.001), autocuidado (0.001), funcionamiento ocupacional (0.001), apoyo social (0.010), plenitud personal (0.001) y percepción global de la CVRS (0.001). (Ver Anexo No. 4, tabla No 18).

En resumen, la Tabla 2 muestra los factores asociados a las dimensiones de la CVRS de los participantes del estudio. Se detallan las asociaciones positivas (+) o negativamente (-) y se reporta los OR y los intervalos de confianza (ver anexo 4, Tablas 19-25). Se resalta, que presentar complicaciones es el factor que se asoció negativamente a mayor número de dimensiones de la CVRS; mientras que tener pareja fue el factor que se asoció positivamente a mayor número de dimensiones de la CVRS.

Tabla 2

Factores asociados a las dimensiones de la CVRS de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II.

Factores Asociados	Dimesiones CVRS	Odd Ratios	Intervalos de confianza
Tener algún grado de escolaridad	Funcionamiento Ocupacional	2,106	1,022 - 4,339
	Apoyo Comunitario	2,073	1,008 - 4,264
Tener pareja	Apoyo social	2,413	1,246 - 4,673
	Plenitud personal	1,922	1,012 - 3,652
Ser mayor de 60 años	Apoyo comunitario	2,629	1,257 - 5,499
	Plenitud personal	0,360	0,187 - 0,694
Presentar complicaciones	Bienestar físico	0,102	0,044 - 0,554
	Autocuidado	0,332	0,129 - 0,854
	Funcionamiento Ocupacional	0,288	0,147 - 0,563
	Apoyo comunitario	0,238	0,110 - 0,517
	Plenitud personal	0,148	0,061 - 0,361
	Percepción Global	0,283	0,120 - 0,666
Presentar comorbilidades	Autocuidado	0,314	0,132 - 0,749
	Percepción Global	0,404	0,188 - 0,868
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	Bienestar físico	0,239	0,103 - 0,554
	Autocuidado	0,195	0,103 - 0,370
	Funcionamiento Ocupacional	0,288	0,147 - 0,563
	Plenitud espiritual	0,505	0,259 - 0,984
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	Funcionamiento Ocupacional	0,4	0,2 – 0,6
	Percepción Global	0,5	0,3 – 0,8

Discusión

El promedio general de CVRS entre los participantes de este estudio fue de 7,2. Presentar complicaciones fue el factor que se asoció negativamente a mayor número de dimensiones de la CVRS; mientras que tener pareja fue el factor que se asoció positivamente a mayor número de dimensiones de la CVRS.

Tener pareja, tener algún grado de escolaridad, ser mayor de 60 años, presentar complicaciones, tener más de 10 años con diagnóstico, tener ingresos mensuales superiores a \$500.000 y presentar comorbilidades fueron los factores que mostraron estar asociados a la CVRS de los participantes.

Tener pareja se asoció positivamente al apoyo social y plenitud personal. Según los resultados del estudio tener pareja es un factor protector que incrementa en un 2,4 las probabilidades de “disponer de personas en quien confiar y que proporcionen ayuda” y en un 1,9 las probabilidades de sentir “equilibrio personal, dignidad y solidaridad” (Mezzich y Cols., 2000). Desde la psicología, podría apoyarse al paciente en el manejo de sus relaciones interpersonales, de forma que se favorezca el conservar la pareja o elevarse la CVRS independientemente de su estado civil.

No se encontraron muchos estudios que detallaran la influencia de los factores relacionados a la Calidad de Vida en cada una de las dimensiones. Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz, Ponce-de-León-Rosales (2005), reportan correlación positiva entre la calidad de vida de personas con Diabetes Mellitus y el tener pareja.

En contraste a estos hallazgos, Cárdenas, Pedraza y Lerna (2005) y Salazar-Estrada, Torres, Colunga-Rodríguez y Ángel-González (2009) reportaron que el estado marital no influye en la Calidad de Vida de las personas con Diabetes que participaron en sus estudios.

Tener algún grado escolaridad se asoció positivamente al funcionamiento ocupacional y al apoyo comunitario. Cárdenas, Pedraza y Lerna (2005), Kasim, Amar, El Sadek, y Gawad (2010), O'Kane, McMenamin, Bunting, Moore y Coates (2010) y Salazar-Estrada, Torres, Colunga-Rodríguez y Ángel-González (2009), reportan asociación entre estas variables.

Parece ser que la escolaridad es un factor que le brinda herramientas a las personas para tener una mejor autopercepción en su condición de padecer Diabetes Melitus Tipo II; quizá le favorece comprender su situación de salud y el tratamiento al que debe someterse. Además, podría afirmarse que a medida que aumenta el grado de escolaridad se incrementa 2 veces la posibilidad de poder desempeñar satisfactoriamente actividades laborales, académicas y domésticas, y en la misma proporción aumenta la probabilidad de tener mayor acceso a recursos de información, tecnológicos y financieros. Contando con esta información, toda intervención a estos pacientes debe incluir el componente educativo, llevar la información al paciente y ayudarlo en la comprensión de ésta.

Ser mayor de 60 años se asoció positivamente al apoyo comunitario y mostró una asociación negativa (OR: 0,3) con la dimensión de plenitud personal. Cabe

resaltar que en la población de estudio, los mayores de 60 años presentaron mayor prevalencia de complicaciones y comorbilidades; factores estos que pueden influir para la autopercepción negativa de la plenitud personal.

Así mismo, se debe considerar, que dado el promedio de edad de 59,9 años de los participantes, y que en su mayoría presentaron complicaciones y comorbilidades; no es raro pensar que estas personas valoren el contar con un “vecindario seguro, acceso a recursos financieros, de información y otros” (Mezzich y Cols., 2000) para seguir adelante con su enfermedad, por lo que aumenta 2,6 veces la probabilidad de que tener más de 60 años, signifique una mayor percepción del apoyo comunitario.

En concordancia con el hallazgo anterior, se encontró que según Kasim, Amar, El Sadek, y Gawad (2010), Salazar-Estrada, Torres, Colunga-Rodríguez y Ángel-González (2009), a mayor edad se autopercibe menor calidad de vida.

La presencia de complicaciones ha sido la variable que afecta mayor número de dimensiones de la CVRS en los participantes del presente estudio, lo que coincide con los hallazgos de Salazar-Estrada, Torres, Colunga-Rodríguez y Ángel-González (2009), aunque se distancia de lo manifestado por Cárdenas, Pedraza y Lerna (2005) quienes no hallaron relación alguna entre estas variables.

Presentar complicaciones mostró estar asociado negativamente a las dimensiones de bienestar físico, autocuidado, funcionamiento ocupacional, apoyo comunitario, plenitud personal y percepción global de la calidad de vida. Braun y

Cols. (2008) concuerdan en que la Diabetes Mellitus Tipo II afecta profundamente la CVRS, encontrando una asociación entre la neuropatía y la retinopatía y el bienestar físico. Por otro lado, Mena, Martín, Simal, Bellido y Carretero (2006), encontraron que los problemas vasculares como la hipertensión afectan específicamente la vitalidad y la función social; y Kasim, Amar, El Sadek, y Gawad (2010), manifiestan que la presencia de complicaciones vasculares puede llevar al desarrollo de otras complicaciones tardías cómo la neuropatía, sobretodo a mayor edad, pobre control de la diabetes y mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

Tener más de 10 años con diagnóstico DM II mostró asociación negativa con las dimensiones de bienestar físico, autocuidado, funcionamiento ocupacional y plenitud espiritual. En concordancia con estudios previos como el de Salazar-Estrada, Torres, Colunga-Rodríguez y Ángel-González (2009) y el de Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz, Ponce-de-León-Rosales (2005) se encontró que un tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus Tipo II de más de 10 años afecta la Calidad de vida, aumentan las probabilidades de complicaciones y comorbilidades lo que podría explicar por qué se ve comprometido el “sentirse sin dolores, ni problemas físicos”, además que afectaría el desempeño laboral, académico, domésticas y en actividades cotidianas básicas y la toma de decisiones, implicando mayor dependencia y el “sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia más allá de la vida material ordinaria” (Mezzich, 2000).

Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000 mostró una asociación negativa con las dimensiones funcionamiento ocupacional y percepción global de la

calidad de vida, lo que concuerda con los hallazgos de investigaciones previas, quienes han concluido que la remuneración económica afecta la CVRS (O'Kane, McMenamin, Bunting, Moore y Coates, 2010; Salazar-Estrada, Torres, Colunga-Rodríguez y Ángel-González, 2009).

Presentar comorbilidades mostró una asociación negativa con las dimensiones de autocuidado y percepción global de la calidad de vida. Presentar comorbilidades, que para el estudio en su mayoría se trataron de enfermedades cardiovasculares y problemas metabólicos, en una población de aproximadamente 60 años, al parecer implica mayor dependencia y menor autopercepción de la satisfacción y felicidad con la vida propia en general (Mezzich, 2000). Estos hallazgos concuerdan con lo estudiado por Salazar-Estrada, Torres, Colunga-Rodríguez y Ángel-González (2009), Braun y Cols. (2008), quienes concluyen que las comorbilidades sintomáticas muestran influencia alta en la CVRS y Mena, Martín, Simal, Bellido y Carretero (2006), quienes además agregan que problemas metabólicos como la obesidad, que fue el que se presentó con mayor frecuencia en los participantes del presente estudio, afectan negativamente la CVRS.

Una limitante para el estudio fue que no se encontró bibliografía que analizara los factores sociodemográficos y los relacionados con la enfermedad y su influencia en cada una de las dimensiones de la CVRS en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, quizá contrastar los porcentajes generales en la prueba con cada factor pudiera arrojar elementos de análisis útiles.

Otra limitación pudo ser la búsqueda de bibliografía solo en inglés y español, que pudo limitar el conocimiento de otros contextos culturales, además se considera que podría categorizarse la variable ingresos de forma que facilite su análisis.

Las principales conclusiones de esta investigación son:

1. Los factores socio demográficos que se asocian a la la Calidad de Vida relacionada con la salud de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el Hospital Universitario del Caribe en 2010, son tener algún grado de escolaridad, tener pareja, ser mayor de 60 años y tener ingresos mensuales inferiores a \$500.000.
2. Los factores relacionados con la enfermedad que se asocian a la Calidad de Vida relacionada con la salud de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el Hospital Universitario del Caribe en 2010 son tener más de 10 años de diagnóstico, presentar complicaciones y presentar comorbilidades.
3. El promedio general de los participantes en el “Índice Multicultural de Calidad de Vida” fue de 7.2, lo que se considera una buena Calidad de Vida. Resaltando el bienestar emocional y el apoyo comunitario por ser las dimensiones con promedios más bajos, con 5.8 y 6.0 respectivamente; y el funcionamiento interpersonal y apoyo social con los promedios más elevados, con 8.4 y 8.5 cada una.

En el Hospital Universitario del Caribe no hay un programa de psicología consolidado para la atención de estos pacientes, por lo que tomando en cuenta los hallazgos encontrados en la investigación se propone la inclusión de

acompañamiento del psicólogo al trabajo del médico tratante para abordar todas las dimensiones de la CVRS.

Retrasar la aparición de complicaciones, o tratar de menguar su impacto en la Calidad de Vida de la persona son objetivos importantes de la intervención médica a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, objetivo que con trabajo interdisciplinario con psicología puede alcanzarse con mayor eficiencia, trabajando en poner a favor del tratamiento el comportamiento del paciente.

Se debe realizar un trabajo estructurado y consciente desde la psicología que incluya la promoción de la salud y prevención de complicaciones en el paciente con Diabetes Mellitus Tipo II, que busque menguar el efecto de los factores de riesgo y favorecer el de los factores protectores, que se enfoque en el bienestar físico, apoyo comunitario, autocuidado, funcionamiento ocupacional, siendo estas las dimensiones de la CVRS que más se vieron afectadas por la enfermedad.

Desde el diagnóstico, el paciente debe ser acompañado en el afrontamiento de la enfermedad y adherencia al tratamiento, que se brinde apoyo en el área ocupacional e incluso vocacional, tomando en cuenta que el funcionamiento ocupacional es la dimensión de la CVRS que más se vio afectada en esta población. Y, es importante no olvidar el apoyo en el aspecto emocional y educativo, no debe esperarse que el paciente acceda a la información sino brindarla oportuna y claramente.

Bibliografía

- Absetz, P., Oldenburg, B., Hankonen, N., Valve, R., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Talja, M. y Uutela, A., (2009). Type 2 Diabetes Prevention in the Real World: Three-year results of the GOAL Lifestyle Implementation Trial. Instituto Nacional para la Salud y el Bienestar. Helsinki, Finlandia. *American Diabetes Association, Diabetes Care*. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/32/8/1418.full>
- Alayón, A. y Mosquera, M. (2008). Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev. Salud Pública*, Vol 10, No. 5. pp. 777 – 787. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000500010&lng=en&nrm=iso.
- Alvéar, C. (2007). *Bioquímica Humana: de las bases a la clínica*. Editorial Universitaria, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.
- Árcega-Domínguez, A., Lara-Muñoz, C., Ponce-de-León-Rosales, S. (2005). Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista de investigación clínica*. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762005000500004&script=sci_arttext
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2006). Resolución 61/225 de las Naciones Unidas: Día Mundial de la Diabetes. Disponible en:

http://www.worlddiabetesday.org/files/docs/Rapport_A4_IDF_0307_ESP.pdf

Bennett, C. y Plum, F. (1997). Enfermedades endocrinas. *Cecil tratado de Medicina Interna, Volumen II*. Página 248. Vigésima tercera Edición. McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. México.

Botero, B., y Pico M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia Promoc. Salud*. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en

Braun, A., Samann, A., Kubiak, T., Zieschang, T., Kloos, C., Muller, U., Oster, P., Wolf, G., y Schiel R. (2008). Effects of metabolic control, patient education and initiation of insulin therapy on the quality of life of patients with type 2 Diabetes Mellitus. *Patient Education and Counseling*, Vol. 73. Págs. 50–59. PMID: 18583087 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Bulpitt, C., y Fletcher, A. (1988). Measurement of the quality of life in congestive hearth failure- influence of drug therapy. *Cardiovascular Drugs and Therapy*; doi: 10.1007/BF00633423.

Cano, E., Quinceno, J., Vinaccia, S., Gaviria, A., Tobón, S. y Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*. 2006, vol.5,

n.3. pp. 511-520. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-9267.

Cárdenas, V., Pedraza, C. y Lerna, R. (2005). Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo II. *Ciencia, UANL*, Julio – Septiembre, año/Vol. VIII, número 003. Pp. 351 – 357, Monterrey México. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/402/40280308.pdf>

Carvajal, A., Cruz, C. y Vásquez, M. (1993). Biometría. Universidad del Valle. Facultad de Salud, Departamento de Enfermería.

Colunga-Rodríguez, C., García, J., Salazar-Estrada, J. y Ángel-González, M. (2008). Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. *Rev. Salud pública*. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000100013&lng=pt

Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS). *Comportamiento de los eventos bajo vigilancia epidemiológica: Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, 2008*.

Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS). *Comportamiento de los eventos bajo vigilancia epidemiológica: Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, 2009*.

Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson y Loscalzo (2008). Parte 15. Endocrinología y metabolismo. *Harrison: Principios de Medicina Interna*,

Volumen II. 17ava Edición. McGraw Hill Interamericana Editores S.A., México.

- Garay-Sevilla, M., Nava, L., Malacara, J., Huerta, R., de León, J., Mena, A. y Fajardo, M. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with noninsulin dependent diabetes mellitus. *J diab compl*; Vol. 9, págs. 81-86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7599352>
- Garay-Sevilla, M., Malacara, J., González-Contreras, E., Wróbel-Kaczmarczyk, K., y Gutiérrez-Roa, A. (2000). A perceived psychological stress in diabetes mellitus type 2. *Revista Investigación Clínica*. Mexico. Vol. 52, págs. 241 - 245. Disponible en: http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=1918&id_seccion=6&id_ejemplar=234&id_revista=2
- García-Viniegras, C. y Rodríguez, G. (2006). Calidad de vida en enfermos crónicos. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCH-M). *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002&lng=es.
- Gómez, I. (2009). Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad en pacientes diabéticos Tipo 2. *Tesis de Maestría no publicada*. Universidad Nacional en convenio con la Universidad de Cartagena.

- Herrera, A., (2008). Confiabilidad de la escala Quality of Life Index (QLI-Sp) en paciente hemodializados de dos unidades renales en Cartagena. Trabajo de grado para optar el título de enfermera. Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2007). Metodología de la investigación. Cuarta edición. McGraw Hill/Interamericana Editores, S.A. México.
- Hervás A., Zabaleta A., De Miguel G., Beldarrain O., Díez J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Anales Sis San Navarra*. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100005&lng=es.
- Jatuff, D., Zapata-Vega, M., Montenegro, R. y Mezzich, J. (2007). El Índice Multicultural de Calidad de Vida en Argentina: un estudio de validación. *Actas españolas de psiquiatría*; 35(4):253-258. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/psicologia_oncologica/32101/
- Kasim, K., Amar, M., El Sadek, A., y Gawad, S. (2010). Peripheral neuropathy in type-II diabetic patients attending diabetic clinics in Al-Azhar University Hospitals, Egypt. *International Journal of Diabetes Mellitus*, Vol. 2. Págs. 20–23. DOI:10.1016/j.ijdm.2009.10.002

- Lau, C., Qureshi, A. y Scott, S. (2004) Asociación entre el Control Glucémico y la Calidad de Vida en la Diabetes Mellitus. *Journal of Postgraduate Medicine*. 50(3):189-194, Sep 2004. Disponible en:
<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/clmedweb463.htm>
- Mena, F., Martín, J., Simal F., Bellido J., y Carretero J. (2006). Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. *Anales de Medicina Interna* (Madrid). 23(8): 357-360. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000800002&lng=es.
- Mezzich, J., Ruiperez, M., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000) The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5):301-305, 2000. Disponible en:
http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/05000/The_Spanish_Version_of_the_Quality_of_Life_Index_.8.aspx
- Ministerio de Protección Social (2010). Guía de atención de la Diabetes Mellitus Tipo II. *Guías de Promoción de la Salud y prevención de enfermedades en la Salud Pública 2007 - 2010*. Extraído de:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=16159&IDCompany=3>
- O’Kane, M., McMenamin, M., Bunting, B., Moore A. y Coates, B. (2010). The relationship between socioeconomic deprivation and

metabolic/cardiovascular risk factors in a cohort of patients with type 2 diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes*. DOI:10.1016/j.pcd.2010.08.004

Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*. Disponible en:
<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29118104>
> ISSN 1405-1109

Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. Quality of life as a measure correlated to health outcomes: systematic revision of literatura. *Revista Colombiana de Cardiología*. Disponible en:
<http://www.scc.org.co/Portals/0/v14n4a4.pdf>

Ramírez, R., Agredo, R., Jerez, A. y Chapal, L. (2008). Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 10(4): 529-536. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a03.pdf>

Ritchey, F., (2008). Estadística para las ciencias sociales. Segunda edición, editorial McGraw - Hill Interamericana Editores, S.A. México.

Ruiz, M., y Pardo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles* 2 (1): 31-43, 2005. Disponible en:
http://adisonline.com/pecspanish/Articles/Vol_2_Iss_1_p31%202005.pdf

- Salazar-Estrada, J., Torres, L., Colunga-Rodríguez, C., y Ángel-González, M. (2009). Calidad de vida, salud y trabajo la relación con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Salud Pública y Nutrición*. 2009; 10 (3). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=22746&IDPUBLICACION=2313&IDREVISTA=95>
- Salinas, P., Faria, A., González, X., Rodríguez, C. (2007). Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Disponible en: <http://www.neumologia-pediatrica.cl/pdf/20083Suplemento/CalidadVida.pdf>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. Vol.9, n.2. pp. 09-21. DOI: 10.4067/S0717-95532003000200002.
- Stewart, A., Greenfield, S., Hays, R., Wells, K., Rogers, W., Berry, S., McGlynn, E., Ware, J. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal American Medical Association*, Vol 262, No. 7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2754790>
- Schwartz, K., Zapata-Vega, M., Mezzich, J. y Mazzotti, G. (2005). Validation study of the Multicultural Quality of Life Index (MQLI) in a Peruvian sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. doi: 10.1590/S1516-44462006000100006

- Tuesca, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2005; 21: 76-86
- Vargas-Mendoza, J. (2009) Diferentes factores psicosociales en la Diabetes Mellitus Tipo I. México: *Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.*
Disponible En:
http://www.conductitlan.net/factores_psicosociales_diabetes_mellitus.ppt
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, C., Contreras, F. y Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Universidades San Buenaventura, Santo Tomás y de Antioquia, Colombia. *Suma Psicología*, Vol. 13, No.1, págs. 15 – 31. Bogotá, Colombia.
- Wikby, A., Hörnquist, A., Stenström, U., y Andersson, P. (1993). Background factors, long term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes. *Quality of Life Research*, Vol. 2, págs. 281-286.
Doi: 10.1007/BF00434799

Anexos

Anexo No. 1

ENCUESTA DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

Código: _____

Fecha: D ____ M ____ A ____

Para el investigador: La presente encuesta tiene como propósito fundamental la recolección de datos importantes para la investigación, esperamos de usted la máxima colaboración y recuerde que la información suministrada a través de este formulario es estrictamente confidencial, por lo que nos comprometemos a utilizarla únicamente con fines académicos.

INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA.

1. EDAD: _____

2. SEXO: Masculino _____ Femenino _____

3. GRADO DE ESCOLARIDAD.

Sin Escolaridad _____ Básica primaria _____ Básica secundaria _____ Técnico _____
Profesional _____

4. ESTADO CIVIL:

Soltera(o) _____ Casada(o) _____ Unión libre _____ Divorciada (o) _____
Viuda(o) _____

5. SITUACION LABORAL:

Trabajador Independiente _____ Desempleado _____ Jubilado (a) _____ Obrero _____
Técnico _____ Hogar _____ Administrativo _____ Empleado _____
Otra _____ (cual) _____

6. INGRESO MENSUAL:

< De \$200.000 _____ De \$200.001 a \$500.000 _____
De 500.001 a \$1.000.000 _____ Más de \$ 1.000.001 _____ No tiene _____

INFORMACION SOBRE FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD.

7. Complicaciones:

8. Comorbilidades:

9. Tiempo de diagnóstico: _____

Anexo No. 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PERSONA PARTICIPANTE DEL ESTUDIO Y UN FAMILIAR O AMIGO

Yo _____ con C.C N° _____ de _____, doy autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en el estudio: “Factores asociados a la Calidad de Vida de pacientes con Diabetes atendidos en el Hospital Universitario del Caribe en Cartagena”; el cual es desarrollado por, Rosario Sabogal Ortiz y María Alejandra Gómez Amor estudiantes del programa de Psicología de la Universidad Tecnológica De Bolívar.

Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy una persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II atendida en el Hospital Universitario de Cartagena y deseo participar. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y de ser necesario usaré un apodo que yo seleccione, durante la(s) entrevista(s) podrá estar presente un miembro de mi familia, si así lo deseo y se mantendrá respeto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré el derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi familia, mi integridad física, social o la prestación de los diferentes servicios de salud que recibo.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para mejorar la calidad de vida de otros diabéticos y que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a las investigadoras responsables del proyecto, al correo electrónico: r.sabogal@hotmail.com. Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlas y resolver cualquier duda.

Fecha_____

Firma del entrevistado ----- ó huella -----

Firma de un Familiar o Amigo -----

Firma del investigador responsable-----

Anexo No. 4

Tabla 3*Escolaridad de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio.*

ESCOLARIDAD	N°	%
Sin Escolaridad	80	30,9
Básica primaria	84	32,4
Básica secundaria	52	20,1
Técnico	22	8,5
Profesional	21	8,1
Total	259	100,0

Tabla 4*Estado civil de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio.*

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera(o)	38	14,7
Casada(o)	123	47,5
Unión libre	44	17,0
Divorciada (o)	18	6,9
Viuda(o)	36	13,9
Total	259	100,0

Tabla 5*Condición laboral de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio.*

CONDICIÓN LABORAL	N°	%
Trabajador Independiente	20	7,7
Desempleado	64	24,7
Jubilado (a)	20	7,7
Obrero	16	6,2
Técnico	4	1,5
Hogar	93	35,9
Administrativo	2	0,8
Empleado	40	15,4
Total	259	100,0

Tabla 6*Ingreso mensual de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio.*

INGRESO MENSUAL	N°	%
< De \$200.000	88	34,0
De \$200.001 a \$500.000	51	19,7
De 500.001 a \$1.000.000	19	7,3
Más de \$ 1.000.001	6	2,3
No tiene	95	36,7
Total	259	100,0

Tabla 7*Tiempo diagnóstico de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio.*

TIEMPO DE DX	N°	%
Menos de un año	20	7,7
Entre uno a 5 años	51	19,7
De 6 a 10 años	64	24,7
Más de 10 años	123	47,5
Total	259	100,0

Tabla 8*Complicaciones presentadas por los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio.*

COMPLICACIONES	N°	%
Complicaciones Agudas	7	2,7
Retinopatía	28	10,8
Neuropatía	63	24,3
Nefropatía	19	7,3
Cardiopatía Isquémica	26	10,1
Enfermedad Vascul ar Periférica	52	20,1
Enfermedad Cerebrovascular	7	2,7
Complicaciones No Vasculares	6	2,3
No Reporta	51	19,7
Total	259	100,0

Tabla 9*Comorbilidades presentadas por los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio.*

COMORBILIDADES	N°	%
Enfermedades del sistema nervioso central.	3	1,2
Neoplasias y cánceres.	6	2,3
Enfermedades del sistema genitourinario.	7	2,7
Enfermedades Cardiovasculares.	83	32,0
Trastornos psiquiátricos.	5	1,9
Enfermedades gastrointestinales.	10	3,9
Trastornos del sistema endocrino.	11	4,2
Enfermedades oftamológicas.	19	7,3
Problemas metabólicos.	38	14,7
Enfermedades del sistema osteomuscular.	6	2,3
Otras enfermedades y comportamientos de riesgo.	14	5,4
No reporta	57	22,0
Total	259	100,0

Tabla 10*Promedios de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los participantes del estudio.*

Dimensión	Promedio	Desviación Estándar	Coefficiente de Variación (%)
Bienestar Físico	5,8	2,321	39,7

Bienestar Emocional	7,1	2,251	31,6
Autocuidado	7,4	2,336	31,3
Funcionamiento Ocupacional	6,7	2,404	35,8
Funcionamiento Interpersonal	8,4	1,773	21,0
Apoyo social	8,5	1,893	22,2
Apoyo comunitario y servicio	6,0	2,21	36,6
Plenitud Personal	6,7	2,315	34,6
Plenitud Espiritual	8,1	2,469	30,5
Percepción Global	7,0	1,829	25,8
Promedio General	7,2	15,1	20,9

Tabla 11

Promedios de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes pertenecientes al estudio, según sexo.

Dimensión	Promedio hombres	Promedio mujeres	Prob. Mann - Whitney U
Bienestar Físico	5,7	5,9	.512
Bienestar Emocional	7,1	7,1	.845
Autocuidado	7,5	7,4	.967
Funcionamiento Ocupacional	6,7	6,7	.998
Funcionamiento Interpersonal	8,5	8,4	.759
Apoyo social	8,6	8,5	.503

Apoyo comunitario y servicio	6,2	6,0	.350
Plenitud Personal	6,9	6,6	.291
Plenitud Espiritual	7,4	8,4	.002*
Percepción Global	7,1	7,1	.708

* **Significativa al 5%.**

Tabla 12

Promedios de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes pertenecientes al estudio, según escolaridad.

Dimensión	Sin Escolaridad	Básica primaria	Básica secundaria	Técnico	Profesional	Prob. Kruskal-Wallis
Bienestar Físico	5,4	5,5	6,3	6,8	6,8	.004*
Bienestar Emocional	6,5	7,2	7,0	8,4	7,9	.002*
Autocuidado	7,2	7,0	7,7	8,5	8,6	.010*
Funcionamiento Ocupacional	6,0	6,6	7,2	8,1	7,5	.001*
Funcionamiento Interpersonal	8,4	8,3	8,3	9,0	8,6	.516
Apoyo social	8,3	8,8	8,4	9,0	8,3	.396
Apoyo comunitario	5,7	5,9	5,9	7,1	7,2	.003*
Plenitud Personal	6,3	6,5	6,7	8,0	7,7	.001*
Plenitud Espiritual	8,3	8,1	7,7	7,6	9,0	.058
Percepción Global	6,8	6,9	7,0	8,5	7,8	.001*

* **Significativa al 5%.**

Tabla 13

Promedios de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio, según estado civil.

Dimensión	Soltera(o)	Casada(o)	Unión libre	Divorciada (o)	Viuda(o)	Prob. Kruskal-Wallis
Bienestar Físico	5,6	5,9	6,6	6,2	5,0	.031*
Bienestar Emocional	7,0	7,2	7,7	7,9	6,1	.035*
Autocuidado	7,5	7,6	8,0	7,0	6,5	.038*
Funcionamiento Ocupacional	6,8	6,8	7,5	6,8	5,2	.001*
Funcionamiento Interpersonal	8,1	8,5	8,6	8,8	8,0	.076
Apoyo social	8,3	8,7	8,6	8,6	8,1	.275
Apoyo comunitario	6,0	6,2	6,0	5,7	5,6	.500
Plenitud Personal	6,7	7,0	7,1	6,7	5,3	.004*
Plenitud Espiritual	7,6	8,4	7,9	7,8	8,1	.653
Percepción Global	6,9	7,2	7,5	6,9	6,3	.018*

* Significativa al 5%.

Tabla 14

Promedios de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio, según condición laboral.

Dimensión	Trabajador Independiente	Desempleado	Jubilado (a)	Obrero	Técnico	Hogar	Administrativo	Empleado	Prob. Kruskal-Wallis
Bienestar	6,9	5,5	5,5	6,1	6,3	5,2	7,0	7,3	.001*

Físico									
Bienestar Emocional	7,9	7,0	7,1	7,8	8,0	6,6	8,5	7,7	.049*
Autocuidado	8,0	6,9	6,9	7,5	9,0	7,1	9,0	9,0	.001*
Funcionamiento Ocupacional	7,7	6,4	6,1	7,5	9,0	6,0	8,0	8,1	.001*
Funcionamiento Interpersonal	8,9	8,7	8,4	8,3	9,5	8,0	9,5	8,6	.080
Apoyo social	9,2	8,6	8,7	8,8	9,8	8,4	10,0	8,1	.322
Apoyo comunitario	5,9	6,3	5,6	5,6	8,0	5,7	8,0	6,7	.055
Plenitud Personal	7,3	6,5	6,2	7,3	9,0	6,1	9,0	7,8	.001*
Plenitud Espiritual	7,7	8,1	7,4	6,7	9,0	8,4	9,0	8,3	.097
Percepción Global	7,5	6,9	6,9	7,4	8,8	6,6	8,0	8,1	.001*

* Significativa al 5%.

Tabla 15

Promedios de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio, según Ingreso mensual.

	< De \$200.000	De \$200.001 a \$500.000	De 500.001 a \$1.000.000	Más de \$ 1.000.000	Prob. Kruskal-Wallis
Bienestar Físico	6.0	6.4	7.4	6.5	.001*

Bienestar Emocional	7.4	7.6	8.2	8.3	.001*
Autocuidado	7.3	8.2	8.7	9.2	.001*
Funcionamiento Ocupacional	7.1	7.4	8.1	7.8	.001*
Funcionamiento Interpersonal	8.4	8.9	8.9	8.8	.134
Apoyo social	8.5	8.8	8.7	9.5	.727
Apoyo comunitario	6.0	6.5	6.8	8.0	.004*
Plenitud Personal	6.8	7.5	8.6	6.5	.001*
Plenitud Espiritual	7.8	8.2	8.6	9.2	.459
Percepción Global	6.9	8.0	8.4	7.7	.001*

* Significativa al 5%.

Tabla 16

Promedios de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio, según tiempo de diagnóstico.

Dimensión	Menos de un año	Entre uno a 5 años	De 6 a 10 años	Más de 10 años	Prob. Kruskal-Wallis
Bienestar Físico	8,2	6,9	6,1	4,9	.001*
Bienestar Emocional	8,3	7,7	7,5	6,5	.001*
Autocuidado	9,1	8,6	8,1	6,4	.001*
Funcionamiento Ocupacional	8,7	8,0	7,1	5,7	.001*

Funcionamiento Interpersonal	8,9	8,8	8,4	8,2	.054
Apoyo social	8,7	8,8	8,4	8,4	.241
Apoyo comunitario	7,0	6,1	6,3	5,7	.063
Plenitud Personal	8,7	7,8	7,0	5,8	.001*
Plenitud Espiritual	9,2	8,6	8,0	7,7	.093
Percepción Global	8,0	7,9	7,3	6,5	.001*

* **Significativa al 5%.**

Tabla 17

Promedios de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio, según presencia de complicaciones.

Dimensión	Sin complicaciones	Con complicaciones	Prob. Mann - Whitney U
Bienestar Físico	7,9	5,4	.001*
Bienestar Emocional	8,1	6,9	.001*
Autocuidado	9,1	7,1	.001*
Funcionamiento Ocupacional	8,8	6,3	.001*
Funcionamiento Interpersonal	8,9	8,3	.016*
Apoyo social	8,9	8,5	.095
Apoyo comunitario	7,2	5,8	.001*
Plenitud Personal	8,4	6,3	.001*
Plenitud Espiritual	8,4	8,0	.353
Percepción Global	8,4	6,8	.001*

* Significativa al 5%.

Tabla 18

Promedios de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes diabéticos pertenecientes al estudio, según la presencia de comorbilidades.

Dimensión	Sin comorbilidades	Con comorbilidades	Prob. Mann - Whitney U
Bienestar Físico	6,9	5,6	.001*
Bienestar Emocional	8,1	6,9	.001*
Autocuidado	8,5	7,2	.001*
Funcionamiento Ocupacional	7,8	6,5	.001*
Funcionamiento Interpersonal	8,8	8,3	.106
Apoyo social	9,2	8,4	.010*
Apoyo comunitario	6,3	6,0	.299
Plenitud Personal	7,6	6,5	.001*
Plenitud Espiritual	8,2	8,1	.336
Percepción Global	7,9	6,9	.001*

* Significativa al 5%.

Tabla 19

Factores relacionados al bienestar físico.

Variables	OR	I.C. 95,0%	
		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	1.575	0,686	3.620

Tener algún grado de escolaridad	1.127	0,495	2.567
Tener pareja	1,267	0,593	2.710
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	1,420	0,619	3.259
Ser mayor de 60 años	1,142	0,512	2.550
Presentar complicaciones	0,102	0,044	0.235
Presentar comorbilidades	0,485	0,214	1.099
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,239	0,103	0.554
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	0,6	0,3	1,1

Tabla 20*Factores relacionados al bienestar emocional.*

Variables	OR	I.C. 95,0%	
		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	1,451	0,790	2,666
Tener algún grado de escolaridad	1,459	0,798	2,668
Tener pareja	1.134	0,647	1.989
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	1.2	0.624	2,309
Ser mayor de 60 años	0,777	0,424	1,423
Presentar complicaciones	0,548	0,254	1,182
Presentar comorbilidades	0,566	0,276	1,159

Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,568	0,313	1,031
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	0,6	0,4	1,1

Tabla 21
Factores relacionados al autocuidado.

Variables	OR	I.C. 95,0%	
		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	1,032	0,526	2,023
Tener algún grado de escolaridad	0,899	0,461	1,754
Tener pareja	1,066	0,575	1,976
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	1,130	0,543	2,351
Ser mayor de 60 años	0,803	0,413	1,562
Presentar complicaciones	0,332	0,129	0,854*
Presentar comorbilidades	0,314	0,132	0,749*
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,195	0,103	0,370*
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	0,8	0,4	1,3

Tabla 22
Factores relacionados al funcionamiento ocupacional.

Variables	OR	I.C. 95,0%
-----------	----	------------

		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	1,426	.699	2,908
Tener algún grado de escolaridad	2,106	1,022	4,339*
Tener pareja	1,295	0,675	2,483
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	1,555	0,757	3,195
Ser mayor de 60 años	0,730	0,374	1,423
Presentar complicaciones	0,162	0,065	0,403*
Presentar comorbilidades	0,767	0,352	1,674
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,288	0,147	0,563*
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	0,4	0,2	0,6*

Tabla 23*Factores relacionados al funcionamiento interpersonal.*

Variables	OR	I.C. 95,0%	
		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	1.016	0,511	2,019
Tener algún grado de escolaridad	0,879	0,446	1,731
Tener pareja	1,698	0,914	3,155
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	1,389	0,640	3,015
Ser mayor de 60 años	0,892	0,443	1,793

Presentar complicaciones	0,731	0,288	1,858
Presentar comorbilidades	0,713	0,301	1,691
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,838	0,423	1,660
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	0,6	0,3	1,0

Tabla 24*Factores relacionados al apoyo social.*

Variables	OR	I.C. 95,0%	
		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	1,171	0,570	2,405
Tener algún grado de escolaridad	0,988	0,480	2,034
Tener pareja	2,413	1,246	4,673*
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	0,950	0,420	2,147
Ser mayor de 60 años	0,828	0,389	1,762
Presentar complicaciones	0,726	0,266	1,981
Presentar comorbilidades	0,477	0,171	1,333
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,926	0,443	1,934
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	0,6	0,3	1,2

Tabla 25*Factores relacionados al apoyo comunitario.*

Variables	OR	I.C. 95,0%	
		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	.857	0.443	1,655
Tener algún grado de escolaridad	2,073	1.008	4.264*
Tener pareja	1,317	0,689	2.520
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	1,008	0,495	2,052
Ser mayor de 60 años	2,629	1,257	5,499*
Presentar complicaciones	0,238	0,110	0,517*
Presentar comorbilidades	1,260	0,587	2,705
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,499	0,249	1,001
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	0,6	0,3	1,1

Tabla 16*Factores relacionados a la plenitud personal.*

Variables	OR	I.C. 95,0%	
		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	0,775	0,395	1,521
Tener algún grado de escolaridad	0,914	0,459	1.819
Tener pareja	1,922	1.012	3,652*
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	1,531	0,751	3,119

Ser mayor de 60 años	1,071	0,543	2,111
Presentar complicaciones	0,148	0,061	0,361*
Presentar comorbilidades	0,504	0,235	1,082
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,360	0,187	0,694*
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	0,6	0,3	1,0

Tabla 27*Factores relacionados a la plenitud espiritual.*

Variables	OR	I.C. 95,0%	
		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	1,788	0,971	3,293
Tener algún grado de escolaridad	0,953	0,493	1,842
Tener pareja	1,308	0,718	2,384
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	0,578	0,290	1,151
Ser mayor de 60 años	1,315	0,677	2,554
Presentar complicaciones	0,643	0,281	1,472
Presentar comorbilidades	1,124	0,533	2,369
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,505	0,259	0,984*
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	1,3	0,7	2,3

Tabla 38*Factores relacionados a la percepción global de la calidad de vida.*

Variables	OR	I.C. 95,0%	
		Límite inferior	Límite superior
Ser mujer	1,185	0,618	2,271
Tener algún grado de escolaridad	1,241	0,649	2,375
Tener pareja	1,711	0,941	3,110
Encontrarse laborando (incluye a jubilados)	1,850	0,934	3,664
Ser mayor de 60 años	0,662	0,353	1,244
Presentar complicaciones	0,283	0,120	0,666*
Presentar comorbilidades	0,404	0,188	0,868*
Tener más de 10 años con diagnóstico de DM II	0,608	0,328	1,129
Tener ingresos mensuales superiores a \$500.000	0,5	0,3	0,8*