



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN.**

**“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON
DIABETES TIPO II QUE ASISTEN AL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE CHORRILLOS
2017”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

FIORELLA MIRTHA LOZANO AVALOS.

ASESOR: Lic.TM. HORNA ZEVALLOS BEATRIZ.

Lima, Perú

2017

HOJA DE APROBACIÓN

FIGURELLA MIRTHA LOZANO AVALOS.

**“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON
DIABETES TIPO II QUE ASISTEN AL CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE CHORRILLOS
2017”.**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y
Rehabilitación por la Universidad Alas Peruanas.

LIMA – PERÚ

2017

Se Dedicar este Trabajo:

A Dios en primer lugar por ser mi guía todos estos años de estudio y por estar siempre a mi lado. A mis viejitos Pocho y Ñori que me acompañan desde el cielo y sé que estarán felices y orgullosos de este logro. A mis padres Mirtha y Jorge. A mis hermanos Karina, Giancarlo y Francesco por estar en todo momento conmigo y confiar en mí. Y por último a la razón más bonita de mi día a día mi bella sobrina Ghaela Mirtha y a mi fiel compañero Bob.

Se agradece por su contribución para el desarrollo
de esta tesis a:

A la Universidad Alas Peruanas y los docentes de
teoría y práctica por haberme brindado sus
conocimientos y sus consejos, y así hacer posible
cumplir este reto.

Al Centro del Adulto Mayor de Chorrillos por
haberme abierto las puertas de su centro para
realizar así este proyecto.

A mis amigas y familiares por siempre darme la
mano y aconsejarme cuando era debido,

Epígrafe:

“Saber envejecer es la mayor de las
sabidurías y uno de los más difíciles
capítulos del gran arte de vivir”.

(Enrique Federico Amiel).

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo transversal, el objetivo fue Conocer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del Adulto Mayor del distrito de Chorrillos 2017. La población fue de 50 adultos mayores , se utilizó el Cuestionario WHOQOL-BREF que permitió medir calidad de vida; Los resultados muestran que la percepción con respecto a su Calidad de Vida, con porcentajes de 72% como regular, 16% como buena y 12% como deficiente, con respecto a la evaluación por dimensiones resalta la dimensión Salud Psicológica con un 50%; seguida de la dimensión de relaciones Sociales con un 48%, La dimensión Salud Física con un 47% y finalmente la dimensión Ambiente / Entorno con un 46%. Con respecto a la edad, el mayor porcentaje percibe su calidad de vida como regular y en el rango de edades de 70 a 79 años con 32%, con respecto a Calidad de Vida por Sexo destaca el femenino que percibe su calidad de vida como regular con un 40%, Con respecto a la Calidad de Vida por Nivel Socioeconómico los resultados muestran que los pacientes pertenecen al NSEB y perciben su calidad de vida como regular con un 52%, Con respecto a la Calidad de Vida por Grado de Instrucción los pacientes con secundaria perciben su calidad de vida como regular con un 30%.

Se concluye: Mejorar la calidad de vida en este tipo de pacientes dependerá del buen manejo de factores asociados, estilos de vida saludables y cultura de ejercicio físico.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, calidad de vida, ejercicio físico, factores asociados.

ABSTRACT

The type of study was transversal descriptive, the objective was to know the frequency of quality of life in older adults with type II diabetes who attend the center of the Adult Senior of the district of Chorrillos 2017. The population was 50 elderly, WHOQOL-BREF questionnaire that allowed measuring quality of life; The results show that the perception with respect to their Quality of Life, with percentages of 72% as regular, 16% as good and 12% as deficient, with respect to the dimension assessment emphasizes the Psychological Health dimension with 50%; Followed by the Social Relations dimension with 48%, the Physical Health dimension with 47% and finally the Environment / Environment dimension with 46%. With regard to age, the highest percentage perceive their quality of life as regular and in the age range of 70 to 79 years with 32%, with respect to Quality of Life by Sex stands out the female who perceives their quality of life as regular With 40%. Regarding the Quality of Life by Socioeconomic Level, the results show that the patients belong to the NSEB and perceive their quality of life as regular with 52%. Regarding the Quality of Life by Degree of Instruction the patients With secondary perceive their quality of life as regular with 30%.

It is concluded: To improve the quality of life in this type of patients will depend on the good management of associated factors, healthy lifestyles and culture of physical exercise.

Key words: Diabetes Mellitus, quality of life, physical exercise, associated factors.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
ÍNDICE	8
LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
INTRODUCCION	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Planteamiento del Problema	13
1.2. Formulación del Problema	15
1.2.1. Problema General.....	15
1.2.2. Problemas Específicos.....	15
1.3. Objetivos	16
1.3.1. Objetivo General	16
1.3.2. Objetivos Específicos	16
1.4. Justificación	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Bases Teóricas:	19
2.1.1. Definición de Diabetes Mellitus (DM).....	19
2.1.2. Insulina	20
2.1.3. Tipos de Diabetes Mellitus:.....	21
2.1.4. Complicaciones de la Diabetes Mellitus.....	24
2.1.5. Calidad de vida en el paciente con Diabetes Mellitus.....	27
2.2. Antecedentes:	28
2.2.1. Antecedentes Internacionales:.....	28
2.2.2. Antecedentes Nacionales:.....	30

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	32
3.1. Diseño del Estudio:	32
3.2. Población:	32
3.2.1. Criterios de Inclusión:	32
3.2.2. Criterios de Exclusión:.....	32
3.3. Muestra.....	33
3.4. Operacionalización de Variables:	33
3.5. Procedimientos y Técnicas	33
3.6. Plan de Análisis de Datos	37
CAPITULO IV: RESULTADOS ESTADISTICOS.....	38
4.1. Resultados.....	38
4.2. Discusión de Resultados.....	50
4.3. Conclusiones	55
4.4. Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	62
ANEXO N° 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	64
ANEXO N° 3: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF	65
ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	67

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Edad promedio de la muestra	38
Tabla 2. Grupo Etnico de la muestra	38
Tabla 3. Sexo de la muestra	39
Tabla 4. Grado de instrucción de la muestra	40
Tabla 5. Nivel socioeconómico de la muestra	41
Tabla 6. Percepción Calidad de vida de la muestra.....	42
Tabla 7. Estado de Salud de la muestra	43
Tabla 8. Calidad de vida - Promedio de la muestra por dimensiones	44
Tabla 9. Calidad de vida por niveles de la muestra	45
Tabla 10. Calidad de vida de la muestra por edad.....	46
Tabla 11. Calidad de vida de la muestra por sexo	47
Tabla 12. Calidad de vida de la muestra por Nivel Socioeconómico.....	48
Tabla 13. Calidad de vida de la muestra por Grado de Instrucción.....	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Edad Etárea de la muestra.....	39
Figura 2. Sexo de la muestra.....	40
Figura 3. Grado de instrucción de la muestra.....	41
Figura 4. Nivel socioeconómico de la muestra.....	42
Figura 5. Percepción de la Calidad de Vida de la muestra.....	43
Figura 6. Satisfacción del Estado de salud de la muestra.....	44
Figura 7. Puntuación promedio de la muestra por dimensiones.....	45
Figura 8. Calidad de vida por niveles de la muestra.....	46
Figura 9. Calidad de vida de la muestra por edad.....	47
Figura 10. Calidad de vida de la muestra por sexo.....	48
Figura 11. Calidad de vida de la muestra por Nivel Socioeconómico.....	49
Figura 12. Calidad de vida de la muestra por Grado de Instrucción.....	50

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) es una patología que se reporta en todo el mundo y genera una considerable morbilidad y mortalidad. Sus medidas epidemiológicas de frecuencia han aumentado globalmente en las últimas décadas y si no se toman medidas urgentes el problema crecerá con consecuencias relevantes. La prescripción adecuada del ejercicio aeróbico y de fuerza en el diabético es un pilar fundamental en su manejo, tratamiento, control y pronóstico y tiene múltiples beneficios, no solo en el control glicémico, sino también en parámetros cardiovasculares, metabólicos, antropométricos, psicosociales, e incluso mortalidad. Antes de desarrollar un programa de ejercicios, el individuo con DM debe someterse a una evaluación médica detallada y a los estudios diagnósticos apropiados. Este examen clínico debe dirigirse a identificar la presencia de complicaciones macrovasculares y microvasculares, porque en dependencia de la severidad de estas, pueden empeorarse. Es importante también que todo diabético incluido en un programa de ejercicio preste atención en mantener una hidratación adecuada. Los estados de deshidratación pueden afectar de manera negativa los niveles de la glucemia y función del corazón. Se recomienda antes de iniciar la actividad física la ingestión de líquidos.

Las personas deben ser adiestradas para monitorear estrechamente el cuidado de los pies, para evitar el desarrollo de ampollas o cualquier otro daño potencial. Los pies deben ser revisados de manera sistemática antes y después de la actividad física, cuestión esta de vital importancia.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La prevalencia de diabetes mellitus es mayor en los países desarrollados que en los de vía de desarrollo; no obstante, el incremento proporcional será mayor en países en vías de desarrollo. Esta enfermedad predomina en el sexo femenino y es más frecuente en personas con edades de 45 a 64 años (1-4).

En la unión Europea, el costo directo anual de la DM2 es de 29 billones de euros, de los cuales un 3,5% se destina a medicación hipoglucemiante. En España, en el año 2000 se calculó una prevalencia de DM2 del 9.8%; en el año 2007, la diabetes tipo 2 (DM2) tuvo una prevalencia del 3 al 9%, siendo una de las enfermedades más frecuentes. En el 2008, en este país se registró una prevalencia de 5% de DM, de los cuales el 10% eran del tipo 1 y 90% del tipo 2. La distribución de la DM por Comunidades Autónomas es variable, obteniéndose datos desde un 2,8% en La Rioja, un 3,4 % en Asturias, un 7,3% en Andalucía y un 8,1% en Canarias. Asimismo, se ha estimado una prevalencia para el 2025 del 11.2% en Suecia, un 11.1% en Finlandia, un 10.8% en Dinamarca y un 10% en Italia (5,6 y 9).

En un reciente informe de la OMS se destacan diversas cifras de prevalencia de diabetes tipo 2 en América Latina y el Caribe, así tenemos que en Canadá el coste anual por la Diabetes Mellitus tipo 2 es de 7-10 billones de dólares (4, 7,10). En Cuba, la DM ocupó el séptimo lugar en el año 2000 con 1490 defunciones, con el mayor peso en Ciudad de La

Habana con 437 defunciones y una tasa de 19,9. En este mismo país, en el año 2004 la prevalencia de DM fue de 30 por cada 1000 habitantes, existiendo un 2,3% del total de fallecidos por esta enfermedad y en el 2005 se incrementó a casi 32 por cada 1000 habitantes; estas cifras aumentarían a medida que lo haga el promedio de vida del hombre. Además, se afirma que la incidencia de esta enfermedad entre los hipertensos es de un 29,1 x 1 000 individuos por año. Desde el otro punto de vista, la HTA se presenta en el 20-40 % de los pacientes con tolerancia alterada a la glucosa, en un 30-50 % de los DM 2 y en el 40 % del tipo 1 (5, 12,13).

En México se estima esta población en 7.3% y a Jalisco le corresponde el 7.6% según cifras del INEGI. Existe a nivel mundial 135 millones de diabéticos y se espera que esta cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años, según estimaciones de la OMS. Este aumento será del 40% en los países desarrollados y del 70% en los países en vías de desarrollo. Para México se estima que alcanzará los 11.7 millones. El incremento del número de diabéticos es resultado del envejecimiento poblacional y de los patrones culturales existentes en México. Actualmente la frecuencia de diabetes mellitus en mexicanos que radican en Estados Unidos es del 24%, siendo en ellos más frecuente el tipo 2 no insulino dependiente (NIDDM). (4,14-16).

En el Perú, la prevalencia de diabetes es de 1 a 8% de la población general, encontrándose a los departamentos de Piura y Lima con niveles alrededor de 7,04% lo que nos indica que son los más afectados. En el Hospital II ESSALUD-Cañete, se atiende a 644 pacientes con diabetes mellitus, los cuales representan el 1.6% de la población atendida en dicho

hospital. En la actualidad la DM afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados (11, 18,20).

La diabetes es diagnosticada y atendida mayoritariamente por los médicos de atención primaria y por endocrinólogos de referencia. Existe una amplia variabilidad, tanto en la forma como en la eficiencia de la coordinación, entre ambos niveles de atención. Por lo que se debe tener una evaluación nutricional de manera rutinaria. Las recomendaciones de cambios en el estilo de vida se individualizarán de acuerdo a la funcionalidad y capacidad física. Es importante identificar los factores que predisponen al adulto mayor para padecer diabetes mellitus y las medidas de prevención; se destaca el papel de un plan alimentario y la actividad física en el control de este padecimiento, considerando los cambios fisiológicos propios de su edad y la presencia o no de complicaciones; e igual forma se formulan recomendaciones para el tratamiento farmacológico una vez demostrado que no se puede alcanzar el objetivo deseado mediante el no farmacológico (plan alimentario y ejercicio) dado que la medicación en el paciente longevo plantea numerosos problemas.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del Adulto Mayor del distrito de Chorrillos 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida con respecto a la edad en Adultos Mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del

Adulto Mayor del distrito de Chorrillos 2017?

- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida con respecto al sexo en Adultos Mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida con respecto al nivel socioeconómico en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida con respecto al grado de instrucción en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Conocer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del Adulto Mayor del distrito de Chorrillos 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de calidad de vida con respecto a la edad en Adultos Mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del Adulto Mayor del distrito de Chorrillos 2017.
- Determinar la frecuencia de calidad de vida con respecto al sexo en Adultos Mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017.
- Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto

mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto al nivel socioeconómico.

- Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto al grado de instrucción.

1.4. Justificación

La finalidad de esta investigación es conocer la Calidad de Vida en Adultos Mayores con Diabetes Tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017. Ya que la DM se sitúa entre la cuarta y octava causa de defunción en los países desarrollados. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. Sus complicaciones

Son causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores, según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. Es por ello que con los resultados obtenidos se pretende desarrollar un plan de intervención que nos permita identificar de manera precoz y oportuna los problemas y complicaciones asociados a esta afección del mismo modo este trabajo permitirá a otros investigadores desarrollar futuras investigaciones de mayor complejidad tomando como antecedente los resultados obtenidos y nos permitirá también realizar la implementación de programas de actividad física. La importancia del abordaje de esta enfermedad viene determinada por las predicciones de la OMS sobre el aumento de la cantidad de personas

diagnosticadas con DM en un corto periodo de tiempo, por su influencia de morbimortalidad de la población y por el coste sanitario debido a su evolución y al desarrollo de complicaciones a largo plazo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

2.1.1. Definición de Diabetes Mellitus (DM)

La diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por la hiperglucemia debido a que el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, ocasionando alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, de las proteínas y grasas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia a una disfunción de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos; si la hiperglucemia no es tratada produce un gran deterioro en la salud del individuo y reduce su calidad de vida. La DM se trata de una enfermedad crónica, compleja y multifactorial; convirtiéndose en el trastorno endocrino más común que existe en la población mundial, ya que se está adquiriendo tintes de pandemia en muchos países (1, 3, 5, 7,19-21).

Dado que la Diabetes Mellitus tiene un periodo de latencia largo con una fase preclínica que puede pasar desapercibida, presentara un proceso de varios años antes del diagnóstico. Una gran parte de la población con DM tiene otros miembros de su familia con la misma patología; mayormente han presentado bajo peso al nacer y un aumento de peso mayor a lo normal en la adolescencia con tendencia a acumular grasa en el abdomen. Una incrementada cantidad de pacientes con Diabetes Mellitus sufre hipertensión arterial, concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, HDL y ácido úrico antes de la aparición de la

hiperglicemia. Actualmente, se ha asociado el deficiente control de glicemia a largo plazo y la aparición de retinopatía y neuropatía. Con el tiempo la concentración de glucosa en sangre aumenta, en un inicio solo después de ingerir alimentos y después aumentara aunque la persona esté en ayuno. La mayor parte de las enfermedades crónicas y degenerativas, como la DM, resulta de la interacción de factores genéticos y de diversos factores ambientales (2, 5, 15,22).

2.1.2. Insulina

La insulina es una hormona producida en el páncreas por las células Beta de los islotes de Langerhans, esta hormona se encarga de regular el azúcar en la sangre. La glucosa es el mayor estímulo para la liberación de Insulina por la célula Beta, para esto se requiere de la entrada inicial de glucosa en la célula a través de un transportador que está asociado a la glucocinasa que fosforila la glucosa y constituye el sensor esencial para que se libere insulina. De esta manera, la insulina actúa sobre las células del cuerpo que al ingresar la glucosa en ellas, permitirá que tengan energía para poder realizar sus funciones.

Uno de los principales blancos de acción de la Insulina en el metabolismo de la glucosa se encuentra en el hígado estimulando la utilización de glucosa promoviendo la glucogénesis, estimulando el depósito de glucógeno, reduciendo la producción hepática de glucosa (Glucogenolisis) e inhibiendo la formación de glucosa a partir de aminoácidos.

La diabetes se caracteriza por la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) debido a la insulina deficiente o a su mala utilización,

por lo que esta hormona no podrá realizar sus funciones como las que son el aprovechamiento de los carbohidratos, de lípidos y proteínas. Cabe recalcar que cuando los niveles de azúcar alcanzan cierto nivel, los riñones tratan de eliminarla por medio de la orina, lo que quiere decir que la personas con DM necesitará orinar con más frecuencia. Esto puede hacer que se sienta cansado, sediento y hambriento. Puede también empezar a perder peso (3,23-25)

2.1.3. Tipos de Diabetes Mellitus:

2.1.3.1. Diabetes Mellitus tipo 1

La diabetes de tipo 1 es llamada también insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia. Su característica distintiva es la destrucción de la célula β mediada por linfocitos T, lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis. En la mayoría de los casos, esta destrucción es de origen autoinmune lo cual puede ser evidenciado mediante la determinación de anticuerpos: Anti GAD, anti insulina y contra la célula de los islotes. No obstante, existen otros casos donde la etiología es idiopática; estos pacientes tienen insulinopenia permanente y son susceptibles de desarrollar cetoacidosis pero no tienen evidencia de autoinmunidad. La deficiencia de insulina provoca una dependencia absoluta de la insulina exógena para la supervivencia y el mantenimiento de la salud por lo que se requiere la administración diaria de esta hormona. Sus síntomas más frecuentes que pueden aparecer de forma súbita son poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Usualmente, se presenta en niños y adultos jóvenes

menores de 30 años; sin embargo, cada día se le reconoce un mayor papel en las personas que tienen más de 30 años (3,7,20,21,26).

2.1.3.2. Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes de tipo 2 es llamada también no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta. Es la más frecuente, ya que este tipo representa el 90% de los casos mundiales. La etiología de la DM2 es multifactorial, incluyendo factores genéticos y ambientales. El defecto va desde una resistencia a la insulina hasta una disfunción progresiva de las células β con cambios cualitativos y cuantitativos en su secreción, en la cual cualquiera de las dos puede predominar.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. Es comúnmente asintomática en los primeros años por lo que la enfermedad solo puede diagnosticarse cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños. Esta patología tiene una estrecha asociación con el aumento en la prevalencia de la obesidad y la inactividad física (3, 20, 21, 24, 26,27).

Factores de riesgo asociados al desarrollo de la diabetes tipo 2:

- Sobrepeso y obesidad
- Sedentarismo
- Familiares de primer grado con diabetes
- Edad mayor a los 65 años
- Hipertensión arterial
- Dislipidemias

- Sexo femenino (23,29).

2.1.3.3. Diabetes gestacional

Agrupada específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo, se caracteriza por la presencia de hiperglucemia alcanzando valores que son superiores a los normales. Durante el embarazo se producen una serie de modificaciones hormonales que van reduciendo paulatinamente la sensibilidad insulínica. A partir de la 7ª semana en que comienza la elevación de la hormona lactógeno placentaria y el cortisol materno, empieza el aumento de la resistencia insulínica que llega a su máxima expresión en el 3º trimestre. A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 24 semanas de gestación. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, con riesgo de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro (3, 20, 24,29).

Factores de riesgo de la Diabetes gestacional:

- Edad materna mayor a 30 años.
- Historia obstétrica pasada: pasado de diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva específica del embarazo, abortos a repetición, neomortalidad fetal, macrosomía y malformaciones fetales.
- Uso de medicamentos con acción hiperglucemiante.
- Obesidad central IMC >30.7

- Historia familiar de diabetes especialmente entre los familiares de 1º grado (29).

2.1.3.4. Otros tipos específicos de diabetes:

Este grupo incluye una amplia variedad de condiciones poco frecuentes. En ciertos casos, los virus que provocan enfermedades infecciosas invaden al páncreas y lo dañan, generando insuficiencia en la producción de insulina y en la cantidad necesaria para el buen funcionamiento del organismo (20,24).

2.1.4. Síntomas más comunes de la Diabetes Mellitus:

- **Polidipsia:** Cuando la persona presenta aumento de la sensación de sed.
- **Polifagia:** Aumento del apetito.
- **Poliuria:** Cuando la persona micciona con mucha frecuencia.
- **Cansancio**
- **Contraer enfermedades infecciosas.**
- **Peso aumentado o disminuido.**
- **Glucemia plasmática en ayuno, igual o mayor de 126 mg/dL.**
- **Glucemia plasmática casual, igual o mayor a 200 mg/dL (20, 22,24).**

2.1.5. Complicaciones de la Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus tiene complicaciones agudas y crónicas que son motivo frecuente de hospitalización:

2.1.5.1. Complicaciones agudas

- **Cetoacidosis diabética:** Se produce como consecuencia de un déficit relativo o absoluto de insulina que cursa con hiperglucemia

generalmente superior a 300 mg/dl, cetonemia con cuerpos cetónicos totales en suero superior a 3 mmol/l, acidosis con pH inferior a 7,3 o bicarbonato sérico inferior a 15 meq/l. Ocasiona hospitalización en 13 a 86 de cada 1000 pacientes diabéticos hospitalizados, con una mortalidad en pacientes jóvenes de 2 a 5 % y 22 % en mayores de 65 años.

- **Estado hiperosmolar no cetósico:** Es más frecuente en pacientes de edad media o avanzada con diabetes mellitus tipo 2 y tiene un peor pronóstico que la cetoacidosis (30,31).

2.1.5.2. Complicaciones crónicas:

En las complicaciones crónicas, encontramos complicaciones vasculares que pueden ser de dos tipos:

- **Complicaciones microvasculares:**

El mal control glucémico y la evolución prolongada favorecen las alteraciones microvasculares, aunque no todos los individuos con esta patología la desarrollan, ni todos los órganos se afectan simultáneamente.

Retinopatía diabética: La retina está rodeada por capilares retinianos, cuando estos están sometidos a un progresivo deterioro de la microcirculación, se produce la retinopatía como cuadro típico y exclusivo de la enfermedad. Además, es una causa importante de ceguera (3,32).

Nefropatía diabética: Es la primera causa de insuficiencia renal crónica en adultos con DM (33).

Neuropatía diabética: Es una complicación silenciosa, pero cuando se presentan síntomas éstos suelen ser incapacitantes; pudiéndose presentar como polineuropatía sensitiva-motora, mononeuropatías, amiotrofia diabética, neuropatía autonómica (33).

Pie diabético: Es una lesión ulcerosa que mayormente se presentan en edades avanzadas y sus secuelas más graves son las amputaciones, que podrían evitarse con una buena atención diabetológica que incluye consejos elementales en relación con el cuidado de los pies (7,34).

Dermopatía diabética: La piel del paciente diabético por lo general es hipersensible, seca e irritable, con frecuencia presentan prurito intenso que induce a rascarse hasta lesionarse la piel; esta herida tendrá tendencia a infectarse por las bajas defensas que presenta el paciente (32).

- **Complicaciones macrovasculares:**

Engloba al conjunto de lesiones vasculares que afecta a grandes y medianas arterias pudiéndose desarrollar a largo plazo, como consecuencia de alteraciones específicas de la enfermedad y aceleración del proceso arterioesclerótico cuyos factores patógenos implicados son la glicosilación no enzimática de las proteínas, hiperglucemia y lesiones específicas de la pared vascular. Dentro de las complicaciones macrovasculares tenemos:

Cardiopatía isquémica, miocardiopatía diabética, accidente cerebrovascular, arteriopatía periférica (7,34).

2.1.6. Calidad de vida en el paciente con Diabetes Mellitus.

La calidad de vida relacionada con la salud puede definirse como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción y el estado funcional; esta modificación también puede ser causada por un accidente, tratamiento o una enfermedad como la Diabetes Mellitus (35).

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, asociada al desarrollo de complicaciones irreversibles, invalidantes y aun mortales con notable afectación de la calidad de vida. Una de las características principales de la diabetes es que durante su evolución aparecen complicaciones crónicas como los ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones de los miembros inferiores y muerte prematura. De tal manera, que la diabetes tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y la de su familia (34,36).

Enfrentarse a una enfermedad crónica como es la diabetes, constituye un reto importante en la vida del paciente. Es necesario que el paciente modifique sus hábitos, elimine conductas riesgosas para su salud y adquiera nuevos comportamientos que favorezcan una mejor calidad de vida, los cuales no serán fáciles de asumir. Es primordial que el paciente se adhiera al tratamiento, que entienda lo que significa ser portador de la enfermedad y las potenciales complicaciones a las que está expuesto. Una diabetes mal controlada puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad (18, 34,36).

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

Estudio realizado en Cuba (2010). “Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2”. El objetivo de esta investigación fue valorar algunos aspectos relacionados con la calidad de vida en los adultos mayores diabéticos tipo 2. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se incluyeron a 91 pacientes diabéticos tipo 2, que recibieron servicio de atención integral al diabético. Para darle salida a los objetivos propuestos, a cada paciente le fue aplicada una encuesta, y para medir la calidad de vida, se aplicó el cuestionario perfil de calidad de vida en los enfermos crónicos. Resultados: existió un predominio del sexo femenino. Al relacionar la calidad de vida con las variables estudiadas se vieron afectados el grupo de diabéticos con más de 10 años de evolución, los sobrepesos, los portadores de enfermedades cerebro vasculares y con más de una enfermedad crónica no transmisible asociada, de forma general, la calidad de vida se vio afectada en el estado de ánimo negativo, la capacidad psicológica y física así como el estado de ánimo positivo. Conclusión: la Atención Primaria de Salud debe insistir en programar actividades preventivas y de promoción a la salud, hacia los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de estos, y, por ende, aspirar a una longevidad satisfactoria.(35)

Estudio realizado en Colombia (2012). “El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2”. La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) es una patología que se reporta en todo el mundo y genera una

considerable morbilidad y mortalidad. Sus medidas epidemiológicas de frecuencia han aumentado globalmente en las últimas décadas y si no se toman medidas urgentes el problema crecerá con consecuencias relevantes. La prescripción adecuada del ejercicio aeróbico y de fuerza en el diabético es un pilar fundamental en su manejo, tratamiento, control y pronóstico y tiene múltiples beneficios, no solo en el control glicémico, sino también en parámetros cardiovasculares, metabólicos, antropométricos, psicosociales, e incluso mortalidad. Por lo mencionado, esta revisión comprende en general, el rol del ejercicio en el tratamiento de la DMT2, la prescripción especial del ejercicio, los mecanismos para la mejoría del control glicémico, los beneficios del ejercicio en el diabético y relata algunas recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de la DMT2 con el ejercicio aeróbico y el de fuerza. (36)

Estudio realizado en Bogotá (2014). "Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá". El objetivo de esta investigación fue identificar los factores correlacionados con la calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus 2 de bajos ingresos que asisten a control en dos hospitales de la red pública de Bogotá. Métodos Estudio transversal que incluyó a 153 diabéticos de estratos 1 y 2. Las variables fueron características socio-demográficas, apoyo social, modos de vida y mediciones clínicas (HbA1c, IMC y colesterol). La calidad de vida se midió a través del SF-8. Resultados El puntaje global físico de la calidad de vida relacionada con la salud fue de 41,4 (DE. 8,5); el puntaje global mental fue de 46,5 (DE. 7,3). Los puntajes de calidad de vida nunca fueron

superiores a 50 puntos. Los factores correlacionados a una menor calidad de vida de las personas con DM2 en la escala física fueron la ocupación, apoyo social, actividad física y consumo de grasas; en la escala mental fueron la edad, la ocupación, el apoyo social y el consumo de cigarrillo. Conclusiones Los pacientes de este estudio tienen una mala calidad de vida. Los factores correlacionados con la calidad de vida relacionada con la salud incluyen las características sociodemográficas, de apoyo social y de los modos de vida. Es importante tener en cuenta estos resultados en las políticas de salud pública con el fin de reorientar los modelos de atención en salud para el control de la diabetes. (37)

2.2.2. Antecedentes Nacionales:

Estudio realizado en el Perú (.2008). "Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo". El objetivo de este estudio fue determinar la Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida del paciente diabético; el tipo de estudio es cuantitativo, de método descriptivo-correlacional, la muestra estuvo conformada por 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista. Los resultados del estudio fueron: El 68.9%(91) de la población encuestada presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5%(105) presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $P=0.01<0.05$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; las

conclusiones que se obtuvieron en el estudio fueron: Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentaron una regular adherencia al tratamiento, una regular calidad de vida y se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.(38)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.

3.2. Población:

La población objeto de estudio fueron todos los Adultos Mayores con Diabetes tipo II que pertenecen al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2016. (N=60).

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Adulto Mayor con diagnostico confirmado de diabetes tipo II.
- Adulto Mayor con rangos de edades de 65 a 85 años.
- Adulto Mayor que aceptaron participar de este estudio previa firma del consentimiento informado. (Ver anexo 3).
- Adulto Mayor con diagnostico confirmado de diabetes tipo II.
- Adultos Mayores de ambos sexos.
- Adulto Mayor que pertenecen al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos.

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Adulto Mayor que no pertenecen al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2016.
- Adultos Mayores sin diagnostico confirmado de diabetes tipo II.
- Adultos Mayores que no asistieron en la fecha y día programados a la evaluación.
- Adultos Mayores que no acepten participar de este estudio.

- Adultos Mayores que no colaboraron con la evaluación.

3.3. Muestra

Se llegó a la Muestra a través de los criterios de selección. Se logró estudiar a todos los Adultos Mayores con Diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos. (N=50). Se utilizó el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

3.4. Operacionalización de Variables:

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Calidad de vida	Percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive.	Cuestionario de Whoqol-Bref	Ordinal Cualitativa.	Deficiente: 28 a 47 Regular: 48 a 54 Buena: 54 a 59 Muy buena: 59 a 65. Excelente: 65 a 93.
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO
Edad	Tiempo de vida en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 65 a 85.
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Binaria	Masculino Femenino
Nivel socioeconómico.	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona	Ficha de recolección de datos	Discreta	NSE A NSE B NSE C
Grado de instrucción.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Ficha de recolección de datos	Discreta	Básica o inicial primaria secundaria superior Universitaria

Fuente: Elaboración propia

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta de

presentación avalada por la universidad Alas Peruanas a las autoridades correspondientes del Centro del Adulto Mayor del Distrito de Chorrillos.

Se coordinó con el personal a cargo y el equipo multidisciplinario poder coordinar adultos mayores con diagnóstico confirmado de diabetes tipo II en el lugar ya mencionado con el fin de conocer la percepción sobre su calidad de vida y posterior a este estudio poder crear un plan de intervención inmediato. Del mismo modo se registraron datos importantes que favorecerán a este estudio mediante la ficha de recolección de datos y el cuestionario Whoqol-Bref. Así mismo se debe resaltar que todos los participantes, fueron evaluados por el mismo examinador con el fin de reducir los errores de medición en las fechas programadas.

Los instrumentos que se utilizaran para el desarrollo de esta investigación son:

Cuestionario de Whoqol-Bref

Instrumento que evalúa la calidad de vida de la Organización mundial de la salud. La OMS inició en febrero de 1991 un proyecto para el desarrollo de un instrumento que permite evaluar calidad de vida a través de las culturas. Este instrumento intento considerar las diferencias culturales más allá de los indicadores clásicos de la salud. En su elaboración participaron 33 países, entre ellos Panamá, Brasil, Argentina y España, este último constituyó el centro de referencia para la aplicación de la versión en español del cuestionario.

El cuestionario WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 que consta de 26 ítems, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y 2 preguntas globales; cada una con

cinco categorías tipo Likert. Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, a mayor puntaje mejor será la calidad de vida. Además el test ha demostrado tener buena validez discriminante de contenido y confiabilidad de test- retest.

El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de calidad de vida total, y puntajes para cada dominio:

Dominio físico: involucra aspectos como la funcionalidad, energía, dolor, necesidad de tratamientos médicos, capacidad de trabajo y sueño.

Dominio psicológico: satisfacción de la vida y consigo mismo; capacidad de concentración, sentimientos positivos y negativos y espiritualidad (creencias).

Dominio de las relaciones sociales: satisfacción con las relaciones personales, soporte social y actividad sexual.

Dominio del entorno: ambiente físico, seguridad, recursos financieros, acceso a los servicios de salud, participación en actividades de ocio y recreación, transporte e información.

Por el enfoque transcultural que tuvo desde su elaboración y por qué se ajusta a los objetivos de la investigación cubriendo las dimensiones más relevantes de la calidad de vida, se decidió utilizar el cuestionario WHOQOL-BREF para el presente estudio.

Además, este instrumento es de fácil comprensión y no necesita demasiado tiempo para contestarlo; lo cual lo hace factible. El tiempo para su aplicación es 15-20 minutos, a partir de su empleo se obtienen un perfil

de la población y apreciación del contexto psicosocial.

Para la evaluación de la calidad de vida, se deben calificar los cuatro dominios y dos preguntas que son examinadas separadamente, la pregunta uno que hace referencia a la calidad de vida general y la pregunta dos que se refiere a la satisfacción con la salud. Los dominios se miden en una dirección positiva, la medición de cada ítem es usado para calcular el total del dominio.

Este instrumento brinda un perfil de calidad de vida que se compone de cuatro dominios:

- Físico 7 ítems.
- Psicológico 6 ítems.
- Social 3 ítems.
- Entorno 8 ítems.

Cada uno de estos es valorado en una escala de 0-100 según el sentido positivo o negativo de cada uno de los ítems que lo componen OMS (1991).

Propiedades psicométricas

Fiabilidad

En este sentido, es pertinente explicitar que su primer estudio de validación se desarrolló en 23 países, con niveles socioeconómicos y culturas diferentes, en pacientes hospitalizados y ambulatorios, con edades entre los 12 y los 97 años, registrando concordancia interna medida por el coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,7.

Validez

La validez discriminante evidenció diferencias estadísticamente significativas entre sanos y enfermos, la validez de constructo demostró que las dimensiones que lo conforman están representadas en sus ítems, la fiabilidad test-retest fue buena y está disponible en más de 20 idiomas y con versiones apropiadas para cada país (26).

Puntuación por ítems 1 a 5. Y a través de medias por dominios. (Instructivo OMS)

PONDERACIÓN ORDINAL POR NIVELES: Elaborados por intervalos formados a partir de los resultados de cortes de cada 20 percentiles, se obtuvieron 5 niveles y se ponderó en escala de 0 a 100 como:

Puntuación del cuestionario de Whoqol-Bref

Deficiente	28 a 47
Regular	48 a 54
Buena	54 a 59
Muy buena	59 a 65
Excelente	65 a 93

3.6. Plan de Análisis de Datos

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaran mediante el software SPSS versión 24, para calcular los diferentes estadígrafos: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector.

CAPITULO IV: RESULTADOS ESTADISTICOS

4.1. Resultados

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Edad de la muestra

Tabla 1. Edad promedio de la muestra

N	Tamaño de la muestra	50
Media		67,14
Desviación estándar		11,14
Edad mínima		40
Edad máxima		84

Fuente: Elaboración propia.

La muestra, formada por 50 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, que fue evaluada respecto a la Calidad de Vida, presentaron una edad promedio de 67 años, una desviación estándar o típica de 11 años y un rango de edad que iba desde los 40 a 84 años. Este rango de edades ha sido clasificado en cinco grupos etáreos que se muestran en la tabla N° 2.

Grupo Etáreo de la muestra

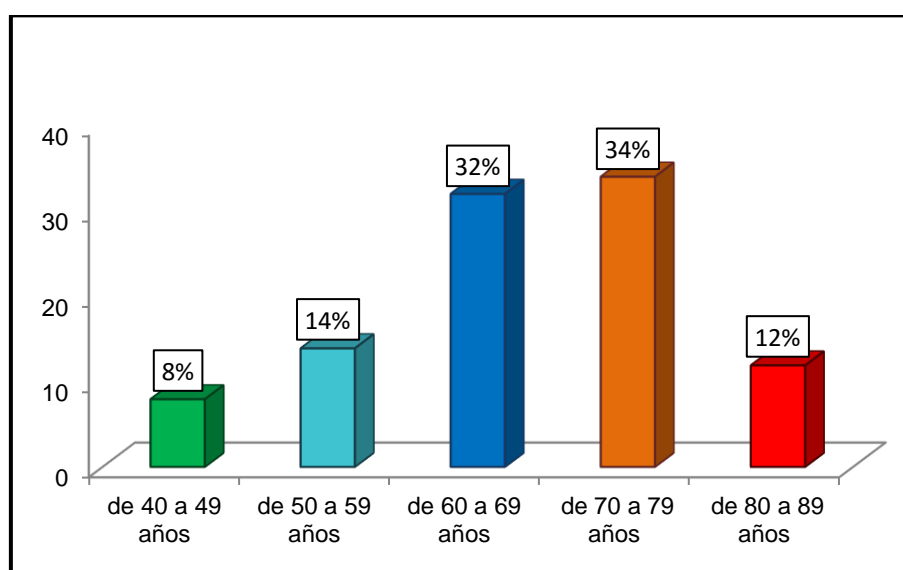
Tabla 2. Grupo Etáreo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 40 a 49 años	4	8,0%	8,0%
de 50 a 59 años	7	14,0%	22,0%
de 60 a 69 años	16	32,0%	54,0%
de 70 a 79 años	17	34,0%	88,0%
de 80 a 89 años	6	12,0%	100,0%
Total	50	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la distribución etárea de la muestra (tabla N° 2), 4 pacientes tenían entre 40 a 49 años; 7 pacientes tenían entre 50 a 59 años; 16 pacientes tenían entre 60 a 69 años; 17 pacientes se encontraban en el grupo etéreo comprendido entre 70 a 79 años y 6 pacientes tenían entre 30 a 39 años. Se observa que la mayor parte de los pacientes tenían entre 60 y 79 años. Con un 34%.

Figura 1. Edad Etárea de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 1.

Sexo de la muestra

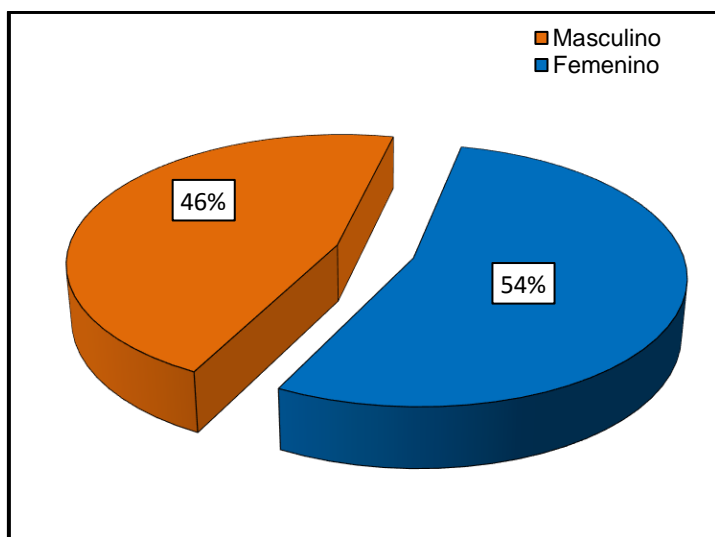
Tabla 3. Sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	23	46,0%	46,0%
Femenino	27	54,0%	100,0%
Total	50	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3 se observa que en la muestra, formada por 50 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, estuvo formada por 23 hombres y 27 mujeres. La mayor parte de la muestra eran mujeres con un 54%.

Figura 2. Sexo de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 2.

Grado de instrucción de la muestra

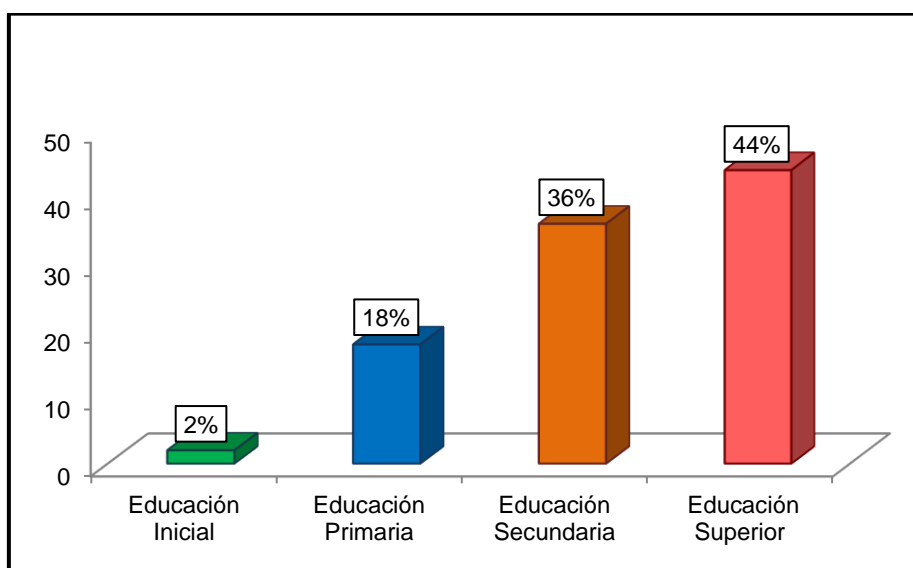
Tabla 4. Grado de instrucción de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Educación Inicial	1	2,0%	2,0%
Educación Primaria	9	18,0%	20,0%
Educación Secundaria	18	36,0%	56,0%
Educación Superior	22	44,0%	100,0%
Total	50	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 4 presenta el Grado de instrucción de la muestra. Solo un paciente tenía educación inicial; 9 pacientes tenían educación primaria; 18 pacientes tenían educación secundaria y 22 pacientes tenían educación superior. La mayor parte de la muestra tenía educación superior. Con un 44,0%.

Figura 3. Grado de instrucción de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 3.

Nivel Socioeconómico de la muestra

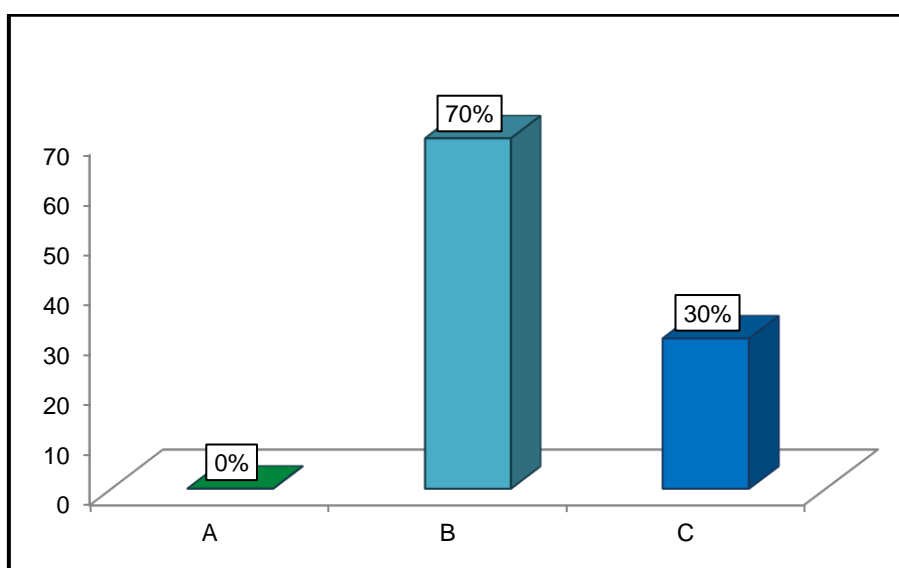
Tabla 5. Nivel socioeconómico de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A	0	0,0%	0,0%
B	35	70,0%	70,0%
C	15	30,0%	100,0%
Total	50	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla Nº 5 presenta el Nivel Socioeconómico de la muestra. Ningún paciente pertenecía al nivel socioeconómico A; 35 pacientes pertenecían al nivel socioeconómico B y 15 pacientes pertenecían al nivel socioeconómico C. La mayor parte de la muestra pertenecía al nivel socioeconómico B .Con un 70%.

Figura 4. Nivel socioeconómico de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 4.

CALIDAD DE VIDA EN TERMINOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

(World Health Organization Quality of Life)

CALIDAD DE VIDA

Percepción de la Calidad de Vida

Tabla 6. Percepción Calidad de vida de la muestra

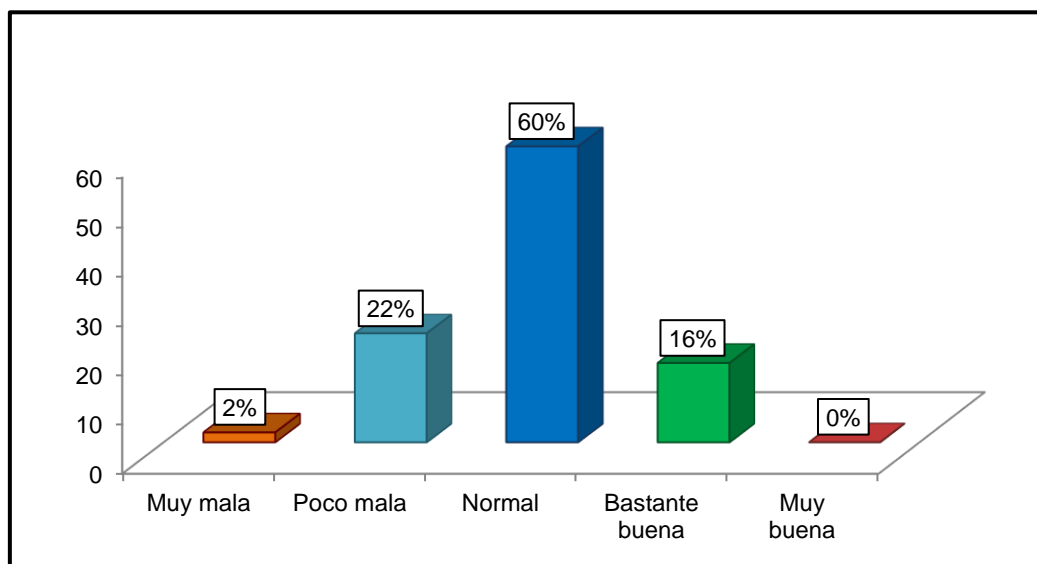
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy mala	1	2,0%	2,0%
Poco mala	11	22,0%	24,0%
Normal	30	60,0%	84,0%
Bastante buena	8	16,0%	100,0%
Muy buena	0	0,0%	100,0%
Total	50	100%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 6 presenta la percepción que tenía la muestra respecto a su Calidad de Vida. 1 paciente percibía que su salud era muy mala, 11 percibían que su

salud era poco mala, 30 que su salud era normal, 8 percibían que su salud era bastante buena y ningún paciente percibía que su salud era muy buena.

Figura 5. Percepción de la Calidad de Vida de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 5.

Satisfacción con el Estado de Salud

Tabla 7. Estado de Salud de la muestra

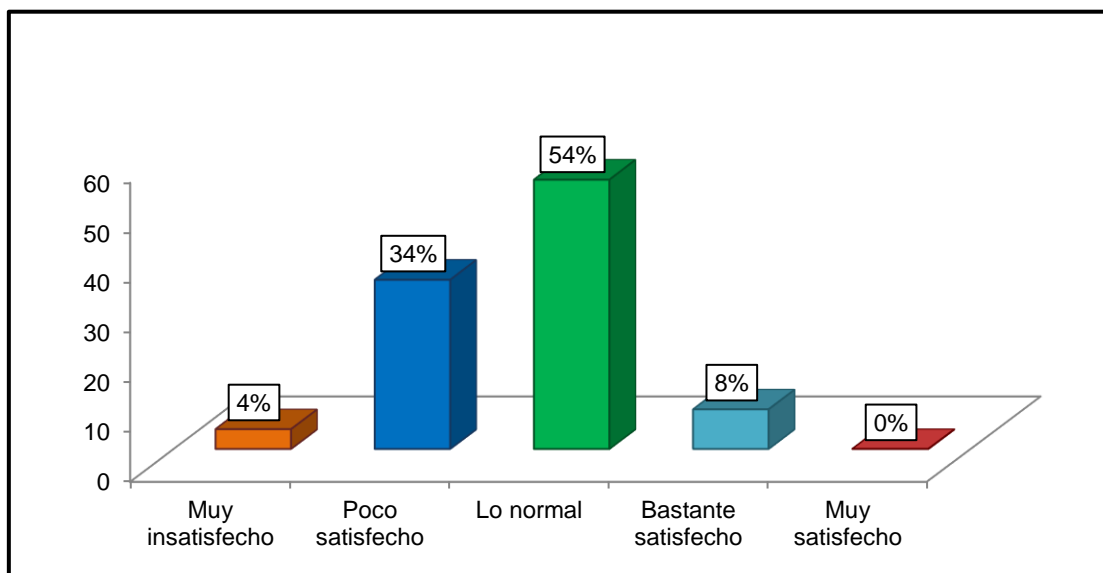
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	2	4,0%	4,0%
Poco satisfecho	17	34,0%	38,0%
Lo normal	27	54,0%	92,0%
Bastante satisfecho	4	8,0%	100,0%
Muy satisfecho	0	0,0%	100,0%
Total	50	100%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 7 presenta el nivel de satisfacción respecto a su estado de Salud de la muestra. 2 pacientes estaban muy insatisfechos con su estado de salud; 17 estaban un poco satisfechos con su estado de salud; 27 percibían que su estado

de salud era normal; 4 se encontraba bastante satisfecho con su estado de salud y ninguno se encontraba muy satisfecho con su estado de salud.

Figura 6. Satisfacción del Estado de salud de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 6.

Calidad de Vida por dimensiones - Puntuación Promedio

Tabla 8. Calidad de vida - Promedio de la muestra por dimensiones

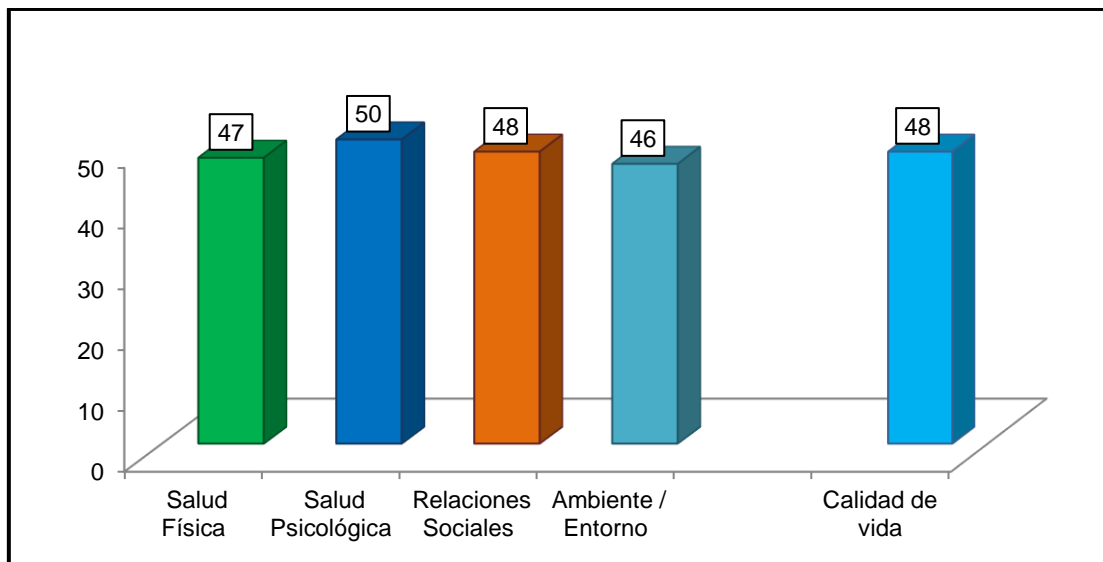
	Evaluación Puntuación- Promedio Dimensiones	Evaluación Puntuación- Promedio Muestra
Salud Física	47	48
Salud Psicológica	50	
Relaciones Sociales	48	
Ambiente / Entorno	46	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 8 presenta los resultados, en puntuaciones, de la evaluación de la Calidad de Vida por dimensiones de la muestra. La dimensión Salud Física presentó una puntuación promedio de 47; la dimensión Salud Psicológica presentó una puntuación promedio de 50; la dimensión Relaciones Sociales

presentó una puntuación promedio de 47 y la dimensión Ambiente / Entorno presentó una puntuación promedio de 46.

Figura 7. Puntuación promedio de la muestra por dimensiones



Fuente: Elaboración propia

Las puntuaciones correspondientes se muestran en la figura 7.

Calidad de Vida por Niveles de la muestra

Tabla 9. Calidad de vida por niveles de la muestra

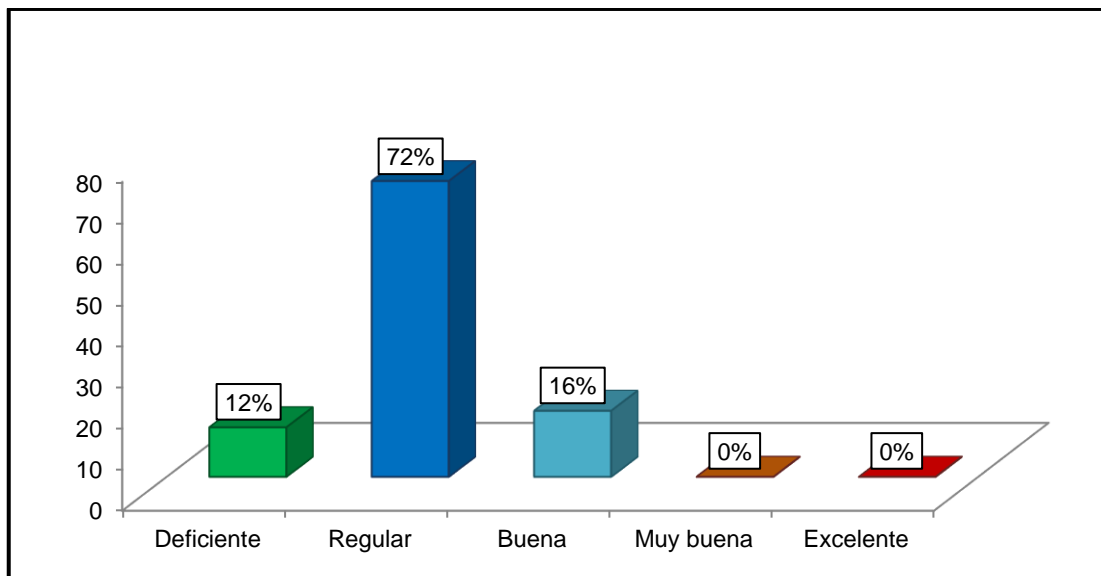
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficiente	6	12,0%	12,0%
Regular	36	72,0%	84,0%
Buena	8	16,0%	100,0%
Muy buena	0	0,0%	100,0%
Excelente	0	0,0%	100,0%
Total	50	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 9 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra. 6 pacientes manifestaron que su salud física era deficiente; 36 manifestaron que su salud física era regular; 8 que su salud física era buena,

ninguno que su salud física era muy buena y ninguno manifestó que su salud física era excelente.

Figura 8. Calidad de vida por niveles de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 8.

Calidad de Vida de la muestra por edad

Tabla 10. Calidad de vida de la muestra por edad

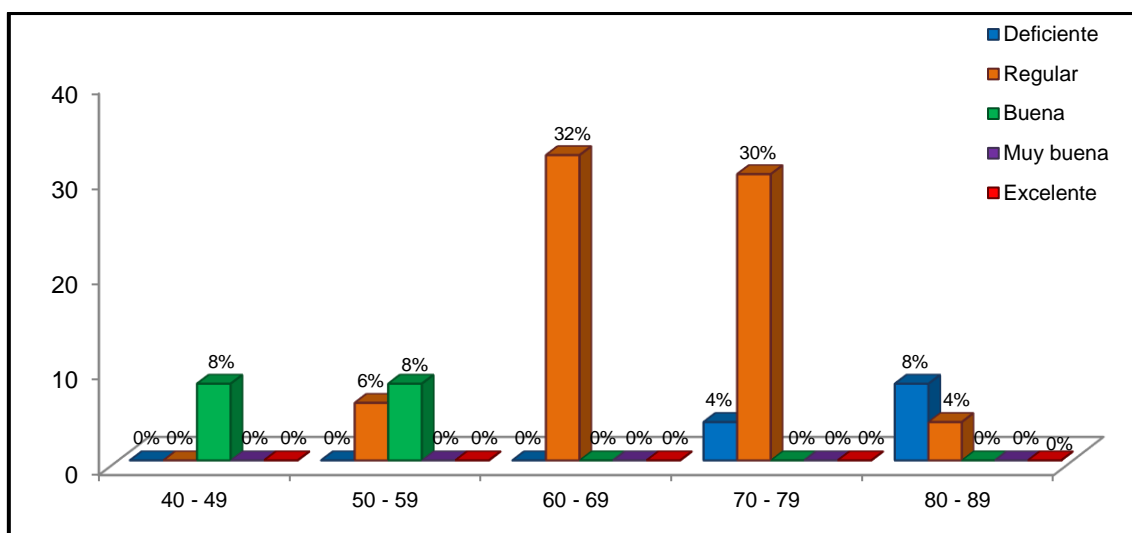
	Grupos Etáreos					Total
	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79	80 – 89	
Deficiente	0	0	0	2	4	6
Regular	0	3	16	15	2	36
Buena	4	4	0	0	0	8
Muy buena	0	0	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0	0	0
Total	4	7	16	17	6	50

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 10 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra por edad. Los 4 los pacientes que tenían entre 40 y 49 años, manifestaron que su Calidad de Vida era buena. De los 7 los pacientes que tenían entre 50 y 59 años, 3 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y

4 manifestaron que su Calidad de Vida era buena. De los 16 los pacientes que tenían entre 60 y 69 años, todos manifestaron que su Calidad de Vida era regular. De los 17 los pacientes que tenían entre 70 y 79 años, 2 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente y 15 manifestaron que su Calidad de Vida era regular. De los 4 los pacientes que tenían entre 80 y 89 años, 4 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente y 2 manifestaron que su Calidad de Vida era regular.

Figura 9. Calidad de vida de la muestra por edad



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes se muestran en la figura 9.

Calidad de Vida de la muestra por Sexo

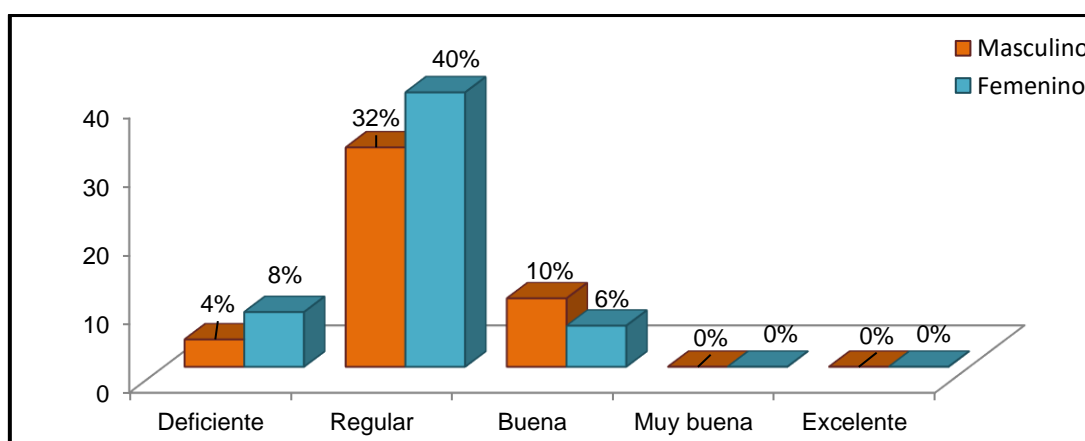
Tabla 11. Calidad de vida de la muestra por sexo

	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Deficiente	2	4	6
Regular	16	20	36
Buena	5	3	8
Muy buena	0	0	0
Excelente	0	0	0
Total	23	27	50

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 11 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra por sexo. De los 23 pacientes del sexo masculino, 2 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente, 16 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 5 manifestaron que su Calidad de Vida era buena. De los 27 pacientes del sexo femenino, 4 manifestaron que su Calidad de Vida deficiente, 20 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 3 manifestaron que su Calidad de Vida era buena.

Figura 10. Calidad de vida de la muestra por sexo



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes se muestran en la figura 10.

Calidad de Vida de la muestra por Nivel Socioeconómico

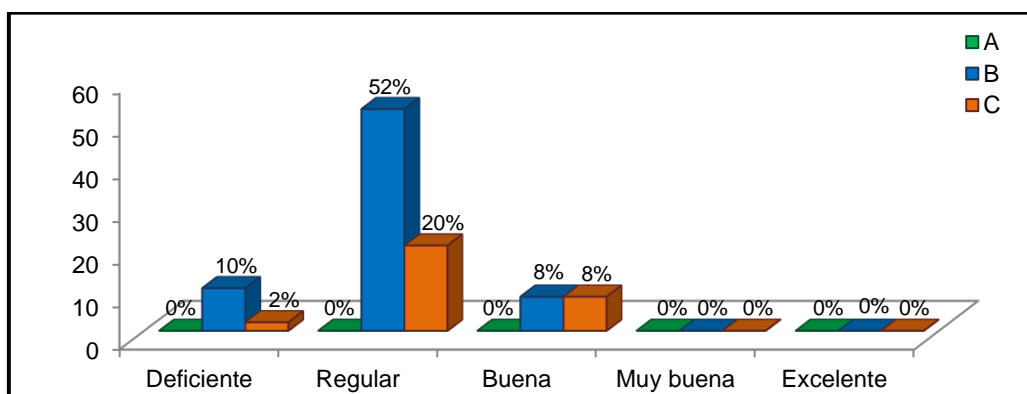
Tabla 12. Calidad de vida de la muestra por Nivel Socioeconómico

	Nivel Socioeconómico			Total
	A	B	C	
Deficiente	0	5	1	6
Regular	0	26	10	36
Buena	0	4	4	8
Muy buena	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0
Total	0	35	15	50

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 12 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra por Nivel Socioeconómico. Ningún paciente pertenecía al Nivel Socioeconómico A. De los 35 pacientes del Nivel Socioeconómico B, 5 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente, 26 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 4 manifestaron que su Calidad de Vida era buena. De los 15 pacientes del Nivel Socioeconómico, 1 manifestó que su Calidad de Vida deficiente, 10 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 4 manifestaron que su Calidad de Vida era buena.

Figura 11. Calidad de vida de la muestra por Nivel Socioeconómico



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 11.

Calidad de Vida de la muestra por Grado de Instrucción

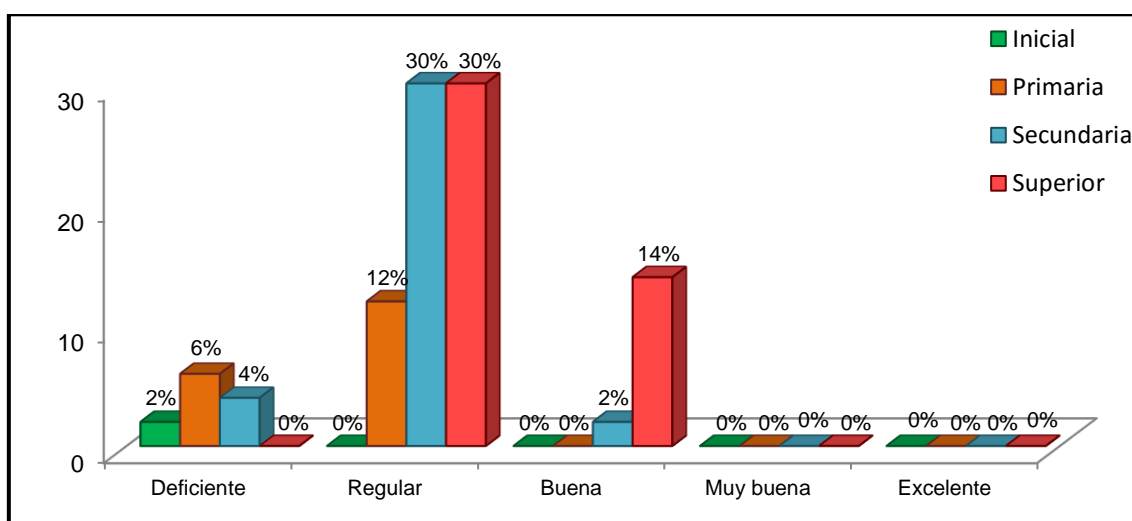
Tabla 13. Calidad de vida de la muestra por Grado de Instrucción

	Grado de Instrucción				Total
	Inicial	Primaria	Secundaria	Superior	
Deficiente	1	3	2	0	6
Regular	0	6	15	15	36
Buena	0	0	1	7	8
Muy buena	0	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0	0
Total	1	9	18	22	50

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 13 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra por Grado de Instrucción. El único paciente que tenía educación inicial manifestó que su Calidad de Vida era deficiente. De los 9 pacientes que tenían educación primaria, 3 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente y 6 manifestaron que su Calidad de Vida era regular. De los 18 pacientes que tenían educación secundaria, 2 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente, 15 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 1 manifestó que su Calidad de Vida era buena. De los 22 pacientes que tenían educación superior, ninguno manifestó que su Calidad de Vida era deficiente, 15 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 7 manifestó que su Calidad de Vida era buena.

Figura 12. Calidad de vida de la muestra por Grado de Instrucción



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 12.

4.2. Discusión de Resultados

- Estudio realizado en Cuba en el año 2010. "Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2". Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se incluyeron a 91 pacientes diabéticos tipo 2, que recibieron servicio de atención integral al diabético. Se aplicó el cuestionario perfil de calidad de vida en los enfermos crónicos. Los

resultados muestran que existió un predominio del sexo femenino. Al relacionar la calidad de vida con las variables estudiadas se vieron afectados el grupo de diabéticos con más de 10 años de evolución, los sobrepesos, los portadores de enfermedades cerebro vasculares y con más de una enfermedad crónica no transmisible asociada, de forma general, la calidad de vida se vio afectada en el estado de ánimo negativo, la capacidad psicológica y física así como el estado de ánimo positivo. En comparación con nuestro estudio respecto a la evaluación de la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2 predomina también el sexo femenino que percibe su calidad de vida como regular con un 40% y la percepción que tenía la muestra respecto a su Calidad de Vida, respecto a la evaluación por dimensiones los resultados muestran que resalta la dimensión Salud Psicológica con un 50%; seguida de la dimensión de relaciones Sociales con un 48%, La dimensión Salud Física con un 47% y finalmente la dimensión Ambiente / Entorno con un 46%.

- Estudio realizado en Colombia en el año 2012. “El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2”. Sus medidas epidemiológicas de frecuencia han aumentado globalmente en las últimas décadas y si no se toman medidas urgentes el problema crecerá con consecuencias relevantes. La prescripción adecuada del ejercicio aeróbico y de fuerza en el diabético es un pilar fundamental en su manejo, tratamiento, control y pronóstico y tiene múltiples beneficios, no solo en el control glicémico, sino también en parámetros cardiovasculares, metabólicos, antropométricos, psicosociales, e incluso mortalidad. Por lo mencionado, esta revisión comprende en general, el rol del ejercicio en el tratamiento de la DMT2, la

prescripción especial del ejercicio, los mecanismos para la mejoría del control glicémico, los beneficios del ejercicio en el diabético y relata algunas recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de la DM2 con el ejercicio aeróbico y el de fuerza. Del mismo modo las variables asociadas a nuestro estudio denotan gran importancia en la percepción de la calidad de vida en este tipo de pacientes el Nivel Socioeconómico los resultados muestran que los pacientes pertenecen al NSEB y perciben su calidad de vida como regular con un 52% y los del NSEC perciben su calidad de vida como regular con un 20% y por Grado de Instrucción los pacientes con secundaria perciben su calidad de vida como regular con un 30%. Los pacientes con superior perciben su calidad de vida como regular con un 30%. El nivel cultural y el factor socioeconómico influyen mucho en el pronóstico y la evolución de la patología.

- Estudio realizado en Bogotá en el año 2014. “Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá”. Los resultados muestran que el puntaje global físico de la calidad de vida relacionada con la salud fue de 41,4 (DE. 8,5); el puntaje global mental fue de 46,5 (DE. 7,3). Los puntajes de calidad de vida nunca fueron superiores a 50 puntos. Los factores correlacionados a una menor calidad de vida de las personas con DM2 en la escala física fueron la ocupación, apoyo social, actividad física y consumo de grasas; en la escala mental fueron la edad, la ocupación, el apoyo social y el consumo de cigarrillo. En comparación con los resultados de nuestro estudio respecto a la Calidad de Vida de la muestra por Nivel Socioeconómico los resultados

muestran que los pacientes pertenecen al NSEB y perciben su calidad de vida como regular con un 52% y los del NSEC perciben su calidad de vida como regular con un 20%.este factor es muy importante ya que todo paciente diabético debe contar con los recursos necesarios para su tratamiento y mantención en general.

- Estudio realizado en el Perú en el año 2008. “Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo". El objetivo de este estudio fue determinar la Adherencia al tratamiento y su relación con la Calidad de Vida del paciente diabético; el tipo de estudio es cuantitativo, de método descriptivo-correlacional, la muestra estuvo conformada por 132 pacientes que asistieron al programa de diabetes, el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista. Los resultados del estudio fueron: El 68.9%(91) de la población encuestada presentó una regular adherencia al tratamiento; el 79.5%(105) presentó una regular calidad de vida y se comprobó la relación estadística $P=0.01<0.05$ entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes diabéticos que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”. Los resultados de nuestro estudio respecto a la percepción que tenía la muestra respecto a su Calidad de Vida, con porcentajes de 72% como regular, 16% como buena y 12% como deficiente. Con respecto a la evaluación por dimensiones los resultados muestran que resalta la dimensión Salud Psicológica con un 50%; seguida de la dimensión de

relaciones Sociales con un 48%, La dimensión Salud Física con un 47% y finalmente la dimensión Ambiente / Entorno con un 46%.

4.3. Conclusiones

- Se logró conocer la percepción que tenía la muestra respecto a su Calidad de Vida, con porcentajes de 72% como regular, 16% como buena y 12% como deficiente. Con respecto a la evaluación por dimensiones los resultados muestran que resalta la dimensión Salud Psicológica con un 50%; seguida de la dimensión de relaciones Sociales con un 48%, La dimensión Salud Física con un 47% y finalmente la dimensión Ambiente / Entorno con un 46%.
- Con respecto a Calidad de Vida de la muestra por edad, el mayor porcentaje percibe su calidad de vida como regular y en el rango de edades de 70 a 79 años con 32%, seguida de 60 a 69 años con 30%.
- Con respecto a Calidad de Vida de la muestra por Sexo destaca el femenino que percibe su calidad de vida como regular con un 40% y los varones con un 32%.
- Con respecto a la Calidad de Vida de la muestra por Nivel Socioeconómico los resultados muestran que los pacientes pertenecen al NSEB y perciben su calidad de vida como regular con un 52% y los del NSEC perciben su calidad de vida como regular con un 20%.
- Con respecto a la Calidad de Vida de la muestra por Grado de Instrucción los pacientes con secundaria perciben su calidad de vida como regular con un 30%. Los pacientes con superior perciben su calidad de vida como regular con un 30%.

4.4. Recomendaciones

- Se recomienda considerar y trabajar la diabetes tipo II como lineamiento de investigación por sus cifras prevalentes y complicaciones a futuro, si no son detectadas y tratadas a tiempo, realizando campañas de forma multidisciplinaria invitando a la población a tomar conciencia y mejorar su estilo de vida saludable mejorando así la calidad de vida.
- Se recomienda realizar actividad física, practicar deportes, bailes, Tai chi, participar en programas implementados por las diversas municipalidades a fin de evitar complicaciones en el desarrollo de esta patología que puedan mermar en la funcionalidad y la calidad de vida.
- Participar de actividades de ocio y recreativas para afianzar las relaciones sociales, interactuar con otras personas en diferentes escenarios de su vida cotidiana, ser miembro activo de su comunidad, cumplir roles, desempeñar funciones que hagan sentir útiles y productivos mejorando así su calidad de vida.
- Se recomienda trabajar de manera multidisciplinaria en los cuatro pilares de la educación al paciente diabético, fundamentales (Autocontrol, Alimentación, Ejercicio, Medicamentos) para el cuidado de la enfermedad y para lograr resultados positivos en su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durán BR, Rivera B, Franco E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública Mex 2001; 43: 233-236.
2. Jiménez A, Aguilar CA, Rojas R, Hernández M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Salud Publica Mex 2013; 55(2): 137-143.
3. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Lima: Centro de prensa, 2015 [acceso 29 de Noviembre del 2015]. Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
4. De La Cruz MG, Vargas JM, Ledezma ES, Holguín MC, Martínez AY, Fragoso LE. Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad. Rev. salud pública. 2013; 15 (3): 478-485.
5. Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. MEDISAN 2009; 13(1).
6. Moreno L. Epidemiología y diabetes. Red Fac Med UNAM. 2001; 44(1): 35-37.
7. Villaverde C, Torres G, Ramirez J. Diabetes mellitus y ejercicio físico. 1 Ed. España. 2012.
8. Hervás A, Zabaleta G, De Miguel O, Beldarrain, JD. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (1): 45-52.
9. Martínez A. Repercusiones clínicas y sociales de la epidemia de diabetes mellitus. Nefrologia. 2008; 28:245-248.

10. Carrasco E, Pérez F, Angel B, Albala C, Santos JL, Larenas G, Montalvo D. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. Rev Méd Chile 2004; 132: 1189-1197.
11. Untiveros CF, Nuñez O, Tapia LM, Tapia GG. Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos. Rev Med Hered 2004; 15: 19-23.
12. Crespo N, Rosales E, González R, Crespo N, Hernández JD. Caracterización de la diabetes mellitus. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 19 (4).
13. Valdés E; Bencosme N. Frecuencia de la hipertensión arterial y su relación con algunas variables clínicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cub Endocrinología. 2009; 20 (3): 77-88.
14. Ríos JL, Sánchez JJ, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 109-116.
15. Olaiz G, Rojas R, Aguilar CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Publica Mex 2007; 49 (3): 331-337.
16. Solís A, Alonso MM, López KS. Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Electronic Saude Mental Alcohol e Drogas. 2009; 5(2).
17. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 para el Primer Nivel de Atención. Buenos Aires. 2008

18. Noda JR, Perez JE, Malaga G, Aphanh MR. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Rev Med Hered* 2008; 19:68-72.
19. Cabrera E, Perich PA, Licea ME. Diabetes autoinmune latente del adulto o diabetes tipo 1 de lenta progresión: definición, patogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Endocrinol* 2002; 13(1):43-52.
20. Rojas E, Molina R, Cruz. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Rev Venezolana de Endocrinología y Metabolismo* 2012; 10 (1): 7-12.
21. Caja Costarricense de Seguro Social. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2. II edición. Costa Rica, 2000.
22. Mejía JI, Hernández I, Moreno F, Bazán M. Asociación de factores de riesgo con el descontrol metabólico de Diabetes Mellitus, en pacientes de la clínica oriente del ISSSTE. *Rev. Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2007, 12 (2): 25-30.
23. Rodríguez G. Insulinoterapia. *Rev Med Hered* 2003; 14 (3): 140-144.
24. Rivera E. Diabetes Mellitus: Programa completo para su tratamiento dietético. 1 ed. México: Pax México; 2000.
25. Sperlin MD. Clínicas pediátricas de Norteamérica. España: Elsevier; 2005.
26. Ingrid M. Libman, M.D., Ph.D. Epidemiología de la diabetes mellitus en la infancia y adolescencia: tipo 1, tipo 2 y ¿diabetes doble?. *Rev Argent Endocrinol Metab.* 2009; 46: 22-36.
27. López JM, Ariza CR, Rodríguez JR, Munguá Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2003; 45: 259-268.

28. Salama I, Sanchez GA. Factores de riesgo y complicaciones crónicas en el diagnóstico reciente de la diabetes tipo 2. Rev. Cubana Endocrinol.2001; 12(2): 76-81.
29. Almirón ME, Gamarra SC, Gonzáles MS. Diabetes gestacional. Rev. de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2005; 152: 23-27.
30. Mediavilla JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. Elviesier. 2001; 27(3).
31. Membreño JP, Zonana A. Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad. Rev Med IMSS 2005; 43 (2): 97-101
32. Giuseppe L, Nosari I. Cómo Se Cura la Diabetes. Barcelona: De Vecchi; 2012.
33. Sabag E, Álvarez A, Celiz S, Gúmez A. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 415-421.
34. Mahía M, Pérez L. La diabetes mellitus y sus complicaciones vasculares: un problema social de salud. Rev Cubana Angiol y Cir Vasc 2000; 1(1):68-73.
35. Robles R, Cortázar J, Sánchez JJ, Páez F, Nicolini H. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Psicothema 2003; 15 (2): 247-252.
36. Pineda N, Bermúdez V, Cano C, Mengual E, Romero J, Medina M, et al. Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. AVFT. 2004; 23 (1).

37. Casado M, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez-
Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes
ancianos en atención primaria. *Elvesier*. 2001; 3: 167-173.
38. Alfaro N; Carothers M; González Y. Autopercepción de calidad de vida en
adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*. 2006;
3 (3): 152-157.

ANEXO N° 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO II QUE ASISTEN AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE CHORRILLOS 2017”.

Introducción

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende conocer la frecuencia de Calidad De Vida En Adultos Mayores Con Diabetes Tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de chorrillos 2017”. Para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una evaluación personal que constará de la aplicación de la escala de calidad de vida para valorar el grado de satisfacción y bienestar social que presenta. Su participación será por única vez.

Riesgos

No hay riesgo para usted ya que los instrumentos a utilizarse en el momento de su evaluación serán la escala de WHOQOL-BREF para valorar calidad de vida y una ficha de recolección de datos. Los cuales nos facilitaran su evaluación.

Beneficios

Los resultados de su evaluación contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación en la que se encuentra la población Adulto Mayor que padecen de diabetes tipo II, con respecto a la calidad de vida y grado de satisfacción y bienestar social.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio concerniente a su persona, será puesta fuera de alcance; y nadie sino solo la investigadora, tendrá acceso a ella. Asimismo, se le asignará un código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Solo el investigador sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) se mantendrán encerrados en un casillero con llave, al cual solo tendrá acceso la investigadora. No será compartida ni entregada a nadie.

¿Con quién debo contactarme cuando tenga preguntas sobre la investigación y mi participación?

Egresado:

E-mail:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

Celular:

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Alas Peruanas, al teléfono 01 - 4335522 Anexo 2.

Declaración del Participante e Investigadores

•Yo, _____,

autorizo y declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.

•Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 100 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población con diabetes tipo II del centro del adulto mayor del distrito de chorrillos 2017.

Porque lo que se busca es conocer la Frecuencia de Calidad de vida, lo cual a futuro puede desencadenar complicaciones y mermar en su funcionalidad por ende calidad de vida.

Yo: _____,

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigadores para hacerme una evaluación, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.

SI

NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores.

SI

NO

Firma del participante

INVESTIGADOR

ANEXO N° 2:
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/_____

VARIABLES DE ESTUDIO
1. Edad: _____ años
2. sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3.- Nivel socioeconómico: <ul style="list-style-type: none">• NSE A• NSE B• NSE C
4.- Grado de Instrucción. <ul style="list-style-type: none">• Educación Básica o inicial.....• Educación primaria.....• Educación secundaria.....• Educación superior.....
5.- Tiempo de evolución de la enfermedad (diabetes tipo II) <ul style="list-style-type: none">• 1 a 3 años• 4 a 6 años• 7 a 10 años• 11 a 14 años•

ANEXO N° 3:

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su **calidad de vida**, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

1. **Nada**
2. **Un poco**
3. **Lo normal**
4. **Bastante**
5. **Extremadamente**

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor opción.

Preguntas independientes sobre calidad de vida:

1.- ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2.- 1¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

A.- SALUD FISICA

1.- ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
2.- ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
3. ¿tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5

4.- ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
5.- ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
6.- ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
7.- ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5

B.- SALUD PSICOLOGICA.

1.- ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
2.- ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
3.- ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
4.- ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
5.- ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
6.- ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

C.- RELACIONES SOCIALES

1.- ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
2.- ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
3.- ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5

D.- AMBIENTE /ENTORNO

1.- ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
2.- ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
3.- ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
4.- ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.- ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
6.- ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
7.- ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
8.- ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

Questionario WHOQOL-BREF

PONDERACIÓN ORDINAL POR NIVELES: Elaborados por intervalos formados a partir de los resultados de cortes de cada 20 percentiles, se obtuvieron 5 niveles y se ponderó en escala de 0 a 100.

Calidad de vida

Deficiente	(28 a 47)
Regular	(48 a 54)
Buena	(54 a 59)
Muy buena	(59 a 65)
Excelente	(65 a 93)

ANEXO Nº 4:
MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO II QUE ASISTEN AL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE CHORRILLOS 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>GENERAL PG. ¿Cuál es la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017?</p> <p>ESPECÍFICOS P1 ¿Cuál es la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto a la edad?</p> <p>P2. ¿Cuál es la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto al sexo?</p> <p>P3. ¿Cuál es la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto al nivel socioeconómico?</p> <p>P5. ¿Cuál es la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto al grado de instrucción?</p>	<p>GENERAL O6 Conocer la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017?</p> <p>ESPECÍFICOS O1. Determinar la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto a la edad.</p> <p>O2. Determinar la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto al sexo.</p> <p>O3. Determinar la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto al nivel socioeconómico.</p> <p>O5. Conocer la Frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017 con respecto al grado de instrucción.</p>	<p>Variable principal Calidad de Vida</p> <p>Variable secundaria Edad</p> <p>sexo</p> <p>Nivel socioeconómico</p> <p>Grado de instrucción</p>	<p>Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Ambiente /entorno</p> <p>Rangos de 30 a 85 años</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>NSE A NSE B NSE C</p> <p>Educación Básica o inicial. Educación primaria Educación secundaria Educación superior</p>	<p>Cuestionario WHOQOL-BREF Deficiente: 28 a 47 Regular: 48 a 54 Buena: 54 a 59 Muy buena: 59 a 65. Excelente: 65 a 93.</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>	<p><u>DISEÑO DE ESTUDIO:</u> Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.</p> <p><u>POBLACIÓN:</u> La población objeto de estudio son todo los Adultos Mayores con Diabetes tipo II del centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2017. (N=60).</p> <p><u>MUESTRA:</u> Se pretende estudiar a un mínimo 50 Adultos Mayores con Diabetes tipo II del centro del adulto mayor del distrito de Chorrillos 2016, Durante el periodo descrito. Se utilizará o empleará el Muestreo Probabilístico do Aleatorio Simple.</p>