



VICERRECTORADO ACADÉMICO

ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN ANTONIO DEL DISTRITO DE CHOSICA, 2018.

PRESENTADO POR:

BACH. SOTO AGREDA NIDIA YANINA

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD.**

LIMA – PERÚ

2018



VICERRECTORADO ACADÉMICO

ESCUELA DE POSGRADO

TÍTULO DEL PLAN DE TESIS

DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN ANTONIO DEL DISTRITO DE CHOSICA, 2018.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD, BIENESTAR Y BIOÉTICA.

ASESOR

DR. JUAN GUALBERTO TRELLES YENQUE.

Dedico este trabajo:

A Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar esta investigación.

A mi Madre por transmitirme sus ganas de vivir y descubrir el mundo, por inculcarme el espíritu de lucha y de superación.

A mi Padre por su ayuda y constante cooperación, por enseñarme que en la vida la fortaleza está en la sangre.

A mi Esposo Fernando por apoyarme y ayudarme en los momentos más difíciles.

Agradezco por su contribución en el desarrollo de esta tesis:

A todos los pobladores del asentamiento humano san Antonio Chosica ya que fueron la columna vertebral de este trabajo de investigación.

A todos los Adultos Mayores que han participado amablemente en este proyecto, sin ellos no estaría escribiendo ahora estas líneas.

A la directiva del asentamiento humano san Antonio Chosica porque con su colaboración se ha hecho posible la realización de esta Tesis.

A todos los profesionales, asesor, revisores y consultores que me han ayudado en su elaboración.

Reconocimiento:

A mi casa de estudios UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, por brindarme las herramientas necesarias para mi desarrollo ético y profesional durante mi formación académica en pre y post grado, afianzando siempre los pilares de mi vocación.

INDICE

Portada.....	i
Contraportada	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Reconocimiento.....	v
Índice	vi
Contenido de tablas	ix
Contenido de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xii
Introducción	xiv
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Descripción de la Realidad Problemática	14
1.2. Delimitación de la investigación.....	16
1.2.1. Delimitación espacial	16
1.2.2. Delimitación social.....	16
1.2.3. Delimitación temporal.....	16
1.2.4. Delimitación conceptual.....	17
1.3. Problemas de Investigación	17
1.3.1. Problema General.....	17
1.3.2. Problemas Específicos.....	17

1.4. Objetivos de la investigación	18
1.4.1. Objetivo general	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	18
1.5. Justificación e importancia de la investigación.....	19
1.5.1. Justificación e importancia.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	20
2.1. Antecedentes de la Investigación	20
2.1.1. Antecedentes internacionales	20
2.1.2. Antecedentes nacionales	23
2.2. Bases Teóricas o científicas	26
2.2.1. Diabetes Mellitus.....	26
2.2.2. Calidad de vida.....	29
2.3. Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	34
3.1. Hipótesis General.....	34
3.2. Hipótesis Específicas	34
3.3. Definición conceptual y operacional de las variables.....	34
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
4.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	37
4.1.1. Enfoque	37
4.1.2. Tipo de investigación	37
4.1.3. Nivel de investigación.....	37
4.2. Métodos y diseño de investigación	37

4.2.1. Métodos de investigación.....	37
4.2.2. Diseño de la investigación.....	38
4.3. Población y muestra de la investigación	38
4.3.1. Población.....	38
4.3.2. Muestra.....	39
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
4.4.1. Técnicas.....	39
4.4.2. Instrumentos:.....	39
4.5. Análisis de datos:	42
CAPÍTULO V: RESULTADOS	43
ANEXOS.....	Error! Bookmark not defined.

Contenido de tablas

Tabla N° 1: Características de la edad de la muestra	47
Tabla N° 2: Grupos etáreos de la muestra	47
Tabla N° 3: Sexo de la muestra	48
Tabla N° 4: Diabetes mellitus que presentó la muestra	49
Tabla N° 5: Diabetes mellitus tipo II que presentó la muestra	50
Tabla N° 6: Diabetes mellitus de la muestra por sexo	51
Tabla N° 7: Percepción Calidad de vida de la muestra	52
Tabla N° 8: Estado de Salud de la muestra	53
Tabla N° 9: Puntuación promedio por dimensiones de la muestra	54
Tabla N° 10: Salud Física de la muestra	55
Tabla N° 11: Salud Psicológica de la muestra	56
Tabla N° 12: Relaciones Sociales de la muestra	57
Tabla N° 13: Ambiente / Entorno de la muestra	58
Tabla N° 14: Calidad de Vida de la Muestra	59
Tabla N° 15: Calidad de Vida de la muestra por Sexo	60
Tabla N° 16: Calidad de Vida de la muestra por grupos etáreos	61
Tabla N° 17: Diabetes mellitus de la muestra y Calidad de Vida	63

Tabla N° 18: Prueba chi-cuadrado	64
Tabla N° 19: Prueba chi-cuadrado	65
Tabla N° 20: Prueba chi-cuadrado	66
Tabla N° 21: Prueba chi-cuadrado	67
Tabla N° 22: Prueba chi-cuadrado.	68

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de esta investigación fue Demostrar la relación entre la Diabetes Mellitus Tipo II y la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano del distrito de San Antonio Chosica - 2018.

MATERIAL Y MÉTODO: La metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, tipo sustantiva, básica no experimental de nivel correlacional, siguiendo el método general hipotético-deductivo, tomando en cuenta investigaciones referidas a las variables que se investigan tales como Diabetes Mellitus Tipo II y la calidad de vida. La población estuvo conformada por 760 adultos mayores, aplicando la formula muestral para poblaciones finitas la muestra fue de 160 adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre 60 y 70 años, con una participación voluntaria a través del Cuestionario WHOQOL- BREF el cual cumple con todas las características psicométricas para su réplica.

RESULTADOS: Los resultados muestran se logró demostrar que existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la calidad de vida en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” del Distrito de Chosica, 2018. A través de la prueba estadística chi-cuadrado donde el valor calculado es $\chi^2 = 78,233$, con un nivel de significancia del cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$,

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos corroboran los fundamentos teóricos que tratan de explicar que la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas se vera afectada debido a que las condiciones de salud y sociodemograficas constituyen problemas que persisten en el tiempo; la condición de esta patología acarrea un sin número de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues aparecen de forma insidiosa. son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado.

PALABRAS CLAVE: Diabetes mellitus tipo II; Calidad de Vida; Percepción; Estilos de vida; Biopsicosocial; Entorno; Salud Pública.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this research was to demonstrate the relationship between Type II Diabetes Mellitus and the quality of life in older adults of the Human Settlement of the district of San Antonio Chosica - 2018.

MATERIAL AND METHOD: The methodology used was a quantitative approach, substantive, basic non-experimental correlational level, following the general hypothetical-deductive method, taking into account research related to the variables that are investigated such as Diabetes Mellitus Type II and quality of life. The population consisted of 760 older adults, applying the sample formula for finite populations, the sample was 160 older adults of both sexes, whose ages fluctuated between 60 and 70 years, with a voluntary participation through the WHOQOL-BREF Questionnaire which meets with all the psychometric characteristics for its replication.

RESULTS: The results show that there was a significant relationship between diabetes mellitus type II and quality of life in the elderly of the "San Antonio" Human Settlement of Chosica District, 2018. Through the chi-square statistical test where the calculated value is, with a level of significance of which is less than the level of expected significance,

CONCLUSIONS: The results obtained corroborate the theoretical foundations that try to explain that the quality of life in people with chronic diseases will be affected because the health and sociodemographic conditions are problems that persist over time; the condition of this pathology leads to a number of implications in the life of a person, in the psychological, physical, spiritual and social; they appear insidiously. they are permanent, cause residual disabilities caused by irreversible pathological conditions, require patient training for self-control and a long period of supervision, observation and care.

KEYWORDS: Diabetes mellitus type II; Quality of life; Perception; Lifestyles; Biopsychosocial; Environment; Public health.

INTRODUCCIÓN

El aumento de esta problemática genera preocupación en todas las áreas de salud, el último reporte emitido por la OMS refleja una proyección de 171 millones el año 2004 a 366 millones proyectados hacia el 2030, lo que genera la necesidad de tomar acciones para lograr una mejora en atenciones de canales de salud referidos a la Diabetes Mellitus, asimismo la necesidad de generar acogida con el equipo multidisciplinario de salud para lograr un aumento en la calidad de vida. La mayor parte se encuentra enfocada en la atención clínica del mismo, existe un creciente reconocimiento de que la diabetes es un problema de salud pública que también requiere un enfoque desde la perspectiva social. Se desea generar expectativas amplificadas y multidisciplinarias para la mejora de resultados en individuos con predominancia para el desarrollo de esta enfermedad así como el enfoque con equidad de los recursos necesarios.

Este problema ejerce gran impacto en individuos portadores de ella generando ideas asociados a un perfil psicológico, cambios significativos en la calidad de vida de personas con la enfermedad. Se puede afirmar que las consecuencias son generalizadas como en órganos visuales, circulatorios y renales. La disminución de la calidad de vida ha obligado a los pacientes incrementar la acogida en hospitales y centros de salud llegando incluso a caso de hospitalización, tal como el incremento de futuras complicaciones. Además, los individuos que padecen esta enfermedad refieren a menudo restricciones de la actividad, frente a una idea comparativa para los que no padecen ello. Por lo cual se presenta la presente investigación ordenada de la siguiente manera: **capítulo I**, se presenta la problemática de la investigación. **capítulo II**, se aborda el marco teórico conceptual de la investigación, se describe antecedentes internacionales e internacionales, se tratan conceptos de las variables. **capítulo III**, se muestran las hipótesis planteadas y se operacionalizan las variables estudiadas; **capítulo IV**, se desarrolla la metodología de la investigación, recolección de datos: **capítulo V**, se presentan los resultados obtenidos, **capítulo VI**, se realiza discusión de resultados, finalizando con conclusión y recomendaciones.

CAPÍTULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Actualmente, la diabetes ha generado un problema grande para la salud pública causando una disminución de la esperanza de vida y un aumento en la morbilidad derivadas de complicaciones de esta enfermedad; en aquellos pacientes con diabetes tipo 2 es importante incluir el ejercicio como parte del manejo integral para su tratamiento. (Según Roldán A, Ojeda G, Roldán)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirmo que en 2011, la proyección a trescientos y cuarenta y seis millones de individuos con Diabetes Mellitus (DM) para el año 2025. En el año 2012, se calcula que fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes por lo que para el 2030 sería la séptima causa de mortalidad, existiendo varios factores de riesgo. Para prevenir la diabetes tipo 2 o retrasar su aparición es necesario llevar una vida saludable, actividad física, peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco. Por otro lado, la (OP), señala una incidencia de ochenta y tres millones para el 2030.

Esta enfermedad predomina en el sexo femenino y es más frecuente en personas con edades de 45 a 64 años. (Según De La Cruz MG, Vargas JM, Ledezma ES, 2013)

Es conocido que el tipo crónico degenerativo conforma la primera línea de muerte y dentro de ellas se encuentra la Diabetes Mellitus Tipo 2, enfermedad que a nivel mundial, ha sido una de las de mayor prevalencia afectando a 200 000 000 de personas, cantidad que se podría duplicar en las próximas décadas, siendo un problema sanitario de gran magnitud que afecta a todas las capas sociales, más en las de bajos recursos por diagnóstico tardío y casi nula educación diabetológica. Además, el 25% de las personas con insuficiencia renal crónica son diabéticos y alrededor de 26% de los diabéticos presentan retinopatías de los cuales el 2 a 3 % llegan a la ceguera afectando su calidad de vida. (Según Peralta SL, Muñoz NM, Padilla M, a Ontiveros M, Mercedes J.-2012)

En Europa, el costo directo anual de la DM2 es de 29 billones, de los cuales de euros un 3,5% se destina a medicación hipoglucemiante. La diabetes tipo 2 (DM2) al ser una patología frecuente, en España existió una prevalencia estimada de 3 al 9% en el 2007, afectando negativamente (10-12); mientras que para el 2008 se notificó un 5 % de personas con diabetes mellitus, de los cuales el 10% se los pacientes presentaban DM tipo 1 y el 90% de pacientes presentaron DM tipo 2. Asimismo, existen registros de la presencia de esta enfermedad en otros países de Europa teniendo así, que en Suecia se encontró un 9.3%, en Noruega 8.6%, en Dinamarca 8.3% y en Finlandia 7,9% de casos (Camejo M, García A, Rodríguez E, Carrizales ME, Chique J. Visión - 2001).

En Estados Unidos (2005), los casos diagnosticados superan el 5.9% del total de individuos residentes, aumentando la incidencia a 1% en los sujetos veinte a veinte y nueve años a un 13% en los sujetos de 60 años y más. En el 2008, se estimó que esta enfermedad afectó a 12 % de los adultos de 40 -74 años. (según Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I.-2009).

En América Latina y el Caribe, el número de personas que padecen de diabetes mellitus cuya forma más común es la diabetes tipo 2 (DM2) ha alcanzado proporciones epidémicas durante los primeros años del siglo XX, se estima en 19 millones, cantidad que podría incrementarse a 40 millones en 2025 y 438 millones en el año 2030, si no se introducen acciones preventivas importantes. Este aumento de prevalencia, corre en paralelo con el aumento mundial de la obesidad. Los pacientes con DM consumen 11% del presupuesto total de salud en este país. (Según Ariza E, Camacho N, Londoño E, 2009).

En Ecuador, la mortalidad por DM ubica a este país en el tercer lugar con 2.974 casos que equivalen a una tasa de 22,2 por 10.000 habitantes, en el año 2007. Asimismo, en el Ministerio de Salud Pública (2008) se registraron 54.003 casos, ubicando a la DM como la primera causa de muerte con 3.510 casos y una tasa de 25,4 por 100.000 habitantes (según Saltos M.2012).

Con respecto al país chileno, podemos decir que es uno de los que presenta mayor predominancia de diabetes en poblaciones adultas, en comparación con países como Guatemala, Bolivia, Paraguay, Panamá, y Guatemala la prevalencia fue entre 4,1 y 5,0%.;

encontrándose que las poblaciones urbanas tenían tasas de prevalencia dos veces mayor que las poblaciones que viven en áreas rurales (según Carrasco E, Pérez F, Angel B-2004).

En Perú, la prevalencia de diabetes en las diferentes regiones del país varía entre el 1 a 8% de la población general, siendo Piura y Lima, los departamentos más afectados por esta enfermedad. Actualmente, se conoce que esta enfermedad alcanza a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados. En el Hospital II EsSalud de Cañete, se atiende a 644 pacientes asegurados con diabetes, los cuales representan el 1.6% de los pacientes que reciben atención médica en dicho hospital. Por otro lado, en Lima (2004) se encontró que la edad promedio de los pacientes diabéticos fue de 64.5 años. De los cuales el 10.8 % tenía un IMC normal, el 15% presentaba sobrepeso y el 74.2% obesidad (13,25-27). Por lo ya mencionado, es importante el estudio de la calidad de vida y los factores de riesgo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, permitiéndonos tomar acciones preventivas para evitar el incremento de esta enfermedad en la población general. (Según Socarrás MM, Blanco J, Vázquez A.- 2003)

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación espacial

La presente investigación se desarrolló en el Asentamiento Humano san Antonio Chosica del distrito de Chosica, Provincia de Lima.

1.2.2. Delimitación social

El grupo social objeto del presente estudio fueron los pobladores del Asentamiento Humano san Antonio Chosica del distrito de Chosica, Provincia de Lima, de ambos sexos y con edades de 60 a 70 años.

1.2.3. Delimitación temporal

La evaluación de la calidad de vida en pobladores del Asentamiento Humano san Antonio Chosica del distrito de Chosica, Provincia de Lima, tendrá una duración de 3 meses y comenzará en junio del presente año.

1.2.4. Delimitación conceptual

Para abordar la problemática planteada, en esta investigación se establece el concepto de Diabetes Mellitus tipo II como “Enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o en su defecto cuando no es utilizada de manera correcta por el organismo. Según OMS-2014, así mismo se define los Calidad de Vida como “percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (OMS-2007) y se establece que el Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones.

1.3. Problemas de Investigación

1.3.1. Problema General

- PG. ¿Cuál es la relación entre la diabetes mellitus Tipo II y la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano del distrito de san Antonio Chosica-2018?

1.3.2. Problemas Específicos

- P1 ¿Cuál es la relación entre la diabetes mellitus Tipo II con la dimensión salud física en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018?
- P2 ¿Cuál es la relación entre la diabetes mellitus Tipo II con la dimensión salud psicológica en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018?
- P3 ¿Cuál es la relación entre la diabetes mellitus Tipo II con la dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018?
- P4 ¿Cuál es la relación entre la diabetes mellitus Tipo II con la dimensión ambiente y entorno en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- OG. Demostrar la relación entre la diabetes mellitus Tipo II con la dimensión calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano del distrito de san Antonio Chosica - 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

- OE1. Determinar la relación entre la diabetes mellitus Tipo II con la dimensión salud física en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.
- OE2. Establecer la relación entre la diabetes mellitus Tipo II con la dimensión salud psicológica en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.
- OE3. contrastar la relación entre la diabetes mellitus Tipo II con la dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.
- OE4. Justificar la relación entre la diabetes mellitus Tipo II con la dimensión ambiente y entorno en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.

1.5. Justificación e importancia de la investigación

1.5.1. Justificación e importancia

Según la finalidad de esta investigación es demostrar la relación entre la Diabetes Tipo II y la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano del distrito de san Antonio Chosica. Ya que las complicaciones contrarrestan una visión adversa ante la sociedad, economía en la ancianidad y del hogar, tanto en general como referidos a sistemas de salud, en particular son causa frecuente de depresión, ansiedad, miedo, pérdida de confianza en sí mismo, disminución de la autoestima y muchas veces marca el inicio de sobreprotección familiar, institucionalización y limitación de las actividades cotidianas afectándolos funcionalmente, situación que provoca una vida sin calidad tornándose en dependientes funcionales por lo tanto totalmente limitados en su autocuidado. 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 acontecimiento creando estrategias dirigidas a disminuir cifras de prevalencia del mismo modo este trabajo permitirá a otros investigadores desarrollar futuras investigaciones de mayor complejidad tomando como antecedente los resultados obtenidos.

En este sentido, el presente estudio tiene justificación teórica porque permitirá ampliar el conocimiento de la relación existente entre Diabetes Tipo II con la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano san Antonio Chosica del distrito de Chosica, Provincia de Lima, debido a que en nuestro medio las investigaciones en poblaciones similares a las que se estudiará son escasas. Así mismo tiene justificación social pues los resultados contribuirán a creación de nuevas estrategias sociosanitarias

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

- *Según Casado, González, Moraleda, Orueta, en un estudio realizado en España (2001).* Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. Diseño. Observacional, transversal.

La investigación enfocada en adultos mayores a 65 años que no presenten limitaciones físicas y ecuanimidad en la comunicación médico paciente, sometidos al cuestionario Nottingham Health Profile. Enfocando variables como demografía y morbilidad en conjunto con el análisis de la historia clínica. Se concluye que de 386 individuos la puntuación media global fue de 9,166 puntos (25,5%) reflejando una disminución de porcentaje deteriorado en cada una de las dimensiones del cuestionario: energía (22%), dolor (22,5%), sueño (31,7%), aislamiento social (16,5%), estado emocional (27,9%) y movilidad (28,3%). En el caso de genero fueron las mujeres las que adquirieron mayor predominancia, asimismo de 65 a 84 años corresponden a $p < 0,001$, con excepción de dimensiones como dolor, otro punto importante fueron las patologías anteriores que presentaron los pacientes asi como el consumo de fármacos por ellas. Se concluye la existencia de un deterioro referente a la calidad de vida con predominancia en el factor social y riesgo de morbilidad.

Ríos, Sánchez, (2009). Realizaron un estudio en México Calidad de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. Los autores plantearon la necesidad de lograr una determinación ante el impacto reflejado en la calidad de vida relacionada con la salud, insertado en portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. El estudio de corte transversal para lograr la identificación y tipificación de peculiaridades funcionales de la enfermedad. La muestra

conformada por cien pacientes, arrojaron un 43 % de la muestra afectada siendo ellas en su mayoría una deficiencia en la calidad de vida relacionada con la salud. Los entes involucrados fueron la disfunción sexual, aspectos emocionales y físicos. Logrando la predominancia en los últimos cinco años de adquirida la enfermedad, asimismo fue importante la relación que se presenta con el nivel de educación y la edad mayor a 50 años. Al finalizar el estudio se concluye que los diversos grados de deterioro de la calidad de vida son presentados de manera progresiva y asociados

Juárez, Hernández, & Escoto (2011). Realizaron un estudio en México Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Plantearon un estudio para lograr la determinación de autopercepción de la calidad de vida en ancianos con DM2. El estudio de corte transversal conformado por ciento y cincuenta individuos que presenten Diabetes Mellitus tipo 2 de diversas especialidades controlados. El instrumento fue un cuestionario demográfico que plasmaba el control de la glucosa y de la calidad de vida, agrupándose las características mencionadas con la autopercepción de la calidad de vida. Encontrándose una mejora en la calidad de vida por más del total de la muestra, debido al apoyo familiar que presentan los mismos.

Montero, Sepúlveda, & Contreras (2011) Estudio realizado en España. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Estudio observacional transversal. Se seleccionaron a 95 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados describen que los portadores de diabetes poseen una baja de resultados inferiores a la población general en los siguientes conceptos de salud de acuerdo al cuestionario de salud aplicado SF-36: Función Física (76,6%), dolor Corporal (73,7%), Salud General (54,7%), Función Social con 84,2%, rol emocional” con 84,7%. Realizando una comparación con los datos generales poblacionales en menores de sesenta años, las variables de salud general y rol emocional se encuentran igualadas con diversos valores. El cuestionario EQ-5D, muestra la preponderancia en ansiedad y depresión

siendo un 43%. Los valores de medición son presentados de acuerdo a una escala visual analógica arrojando un 64,6% de pacientes que aquejan esta enfermedad. Al finalizar el estudio se concluye que existe un aumento de evidencias relacionadas con una mala percepción.

Carral, Olivera & Ramos (2010). Realizaron un estudio realizado en España para conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas con diabetes mellitus (DM) tipo 2 ingresadas en un hospital de tercer nivel. El estudio descriptivo de corte transversal abarcó la comparación en puntuaciones en relación a una población española de referencia, así como la valoración del impacto del tipo de tratamiento a elección como la evolución en línea transversal y comparaciones de esta enfermedad ante la CVRS de nuestros pacientes. La muestra estuvo conformada por noventa y seis pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo dos en las edades comprendidas entre 40 y 85 años para lo cual un 60% estuvo conformado por varones respecto a un 40% de mujeres. El instrumento de medición utilizado fue el Cuestionario de Salud SF-36. Al finalizar el estudio se concluye que, las dimensiones de mayor puntuación fueron: rol emocional y salud general. Asimismo, el desarrollo y la función social fueron de menor predominancia. Respecto a la menor puntuación fue adquirida por el género femenino en un estado deficiente de salud en comparación al género masculino con excepción de dolor corporal que fue significativamente más alta para las mujeres ($p < 0,005$).

Miranda, Martínez & Arroyo et al. (2012). Describen un estudio realizado en España para evaluar las dimensiones de la CVRS más afectadas por la diabetes Mellitus en población española. El estudio refleja la necesidad de determinar una variación en función del período escolar, el sexo y el número de años de diagnóstico. Estudio descriptivo de carácter aplicado. La muestra la constituyen 126 pacientes de 6 a 18 años con DM1, controlados en 4 hospitales públicos de Extremadura en población española. El cuestionario de medida de la CVRS aplicado es la versión española del EQ-5D-Y evaluándose diversas dimensiones como la emocional, estabilidad, física y

mental determinando en comparación en función del tiempo de escolaridad, sexo de la población y años de diagnóstico. Al finalizar el estudio se concluyó que la dimensión más afectada para el total de la muestra es la ansiedad/depresión, con una diferencia significativa en el grupo de adolescentes ($p = 0,004$).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Blumen, Rivero, & Guerrero (2011), Realizaron un estudio en Lima-Perú. Conocimientos en base a Diabetes Mellitus tratadas en hospitales generales. El estudio cualitativo para lograr la medición de conocimientos en base a esta enfermedad sobre pacientes que generaron hospitalización en dos hospitales nacionales como Arzobispo Loayza y Cayetano Heredia. Realizándose entrevistas individuales en forma de grabación y transcripción para después lograr la calificación e interpretación de las mismas, otro punto de apoyo fueron las historias clínicas apoyados en datos demográficos, complicaciones y tratamiento para contrastarlas con las respuestas dadas. La muestra conformada por treinta y un pacientes lográndose los siguientes resultados: un (12,9 %) presentaron una idea acertada en cuanto a la problemática, 48,39 % intermedio y en 38,71 % inadecuado. Evidenciando que no existe evidencia comparativa entre el nivel de conocimiento y las variables en asociación. La conclusión se enfoca en el nivel de conocimientos presentado es insuficiente, lo que nos lleva a la premisa y necesidad de formar políticas que regulen un organismo de promoción de la salud en los tres niveles. (26).

García Peña, & María del Carmen (2009); Realizaron un estudio en Lima- Perú. Calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. Plantearon una investigación enfocada en la determinación de la calidad de vida con otras variables que afectan al deterioro de la misma como son: la obesidad, sexo, tiempo de evolución, enfermedades asociadas. El estudio de tipo descriptivo transversal donde enfocaron a pacientes

portadores de diabetes no dependientes de insulina; generando la determinación del perfil del impacto de la enfermedad (PIE) y el índice de nivel socioeconómico (INSE). La muestra conformada por cien pacientes de las cuáles el 58 % del género femenino oscilando en una edad media de 45 a 64 años para ambos géneros. Los resultados arrojaron una asociación significativa en la mala calidad de vida con la dimensión tiempo de evolución (RM=3.80, IC 95% p=0.001), así como el descontrol metabólico (RM=2.36, IC 95%, p=0.04), enfermedades asociadas (RM=4.58, IC 95, p=0.002), complicaciones tardías (RM=7.20, IC 95, p=0.001). Cabe resaltar que los pacientes del primer nivel de atención presentaron una ponderación moderada que afecta a la calidad de vida.

Romero Calmet (2015). Realizo un estudio en Lima- Perú. Planteó una comparación entre percepción de enfermedad del individuo y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El estudio enfocado en pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la muestra conformada por cuarenta y cuatro pacientes entre las edades de 44 y 80 años sometidos al cuestionario IPQ-R de Moss-Morris y colaboradores (2002) y el SF-36, evaluando percepciones de enfermedad en pacientes con DM2. Se concluye que existe percepciones de bajo control personal sobre la diabetes, una negación emocional y un consenso de consecuencias al deterioro de la calidad de vida relacionada a la salud. Asimismo, se evidenció un funcionamiento adecuado en indicadores de salud física y mental reflejados en la misma.

Apaza & Huaraya (2016). Realizo un estudio en Lima - Perú. En la defensa de su tesis planteó un estudio para determinar la asociación entre la calidad de vida y el autocuidado y calidad en pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, el estudio desarrollado en un Hospital provincial de Lima, Perú. Conformado por una muestra de ochenta y siete personas aplicadas a un estudio de tipo descriptivo de corte transversal demostrando el objetivo de plasmar la relación entre calidad de vida y la capacidad de

autocuidado, la muestra sometida a una entrevista como instrumento el cuestionario de Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC). Al finalizar el estudio se concreta que la capacidad de autocuidado influye en aumento a la calidad de vida reflejada en estos pacientes así como diversos factores descritos que influyen de manera directa

Cindy Edith Gamboa Chávez (2013), Realizo un estudio en Lima - Perú El enfoque de esta investigación se encuentra centrada en la percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II en la calidad de vida del mismo. La Diabetes Mellitus (DM) es una alteración metabólica caracterizada. Asimismo, la investigación fue aplicada en un programa preventivo ejercido en un Hospital Nacional de Lima, Perú. De enfoque cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal. La muestra conformada por ochenta y tres pacientes sometidos a entrevistas. Se concluye que el 59% poseen una media percepción entre las variables de estudio, 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En cuanto a las otras dimensiones sobresale la dimensión física en un 70% abarcando 16%, la dimensión psicológica, 68% una percepción medianamente favorable. Se concluye que más del 50% de pacientes poseen una percepción medianamente favorable sobre su Calidad de vida que abarca las diversas dimensiones.

2.2. Bases Teóricas o científicas

2.2.1. Diabetes Mellitus

Considerada una enfermedad crónica no transmisible, que afecta a ambos géneros con variabilidad de grados de acuerdo a la predisposición hereditaria, para ello involucra diversos factores etiológicos y ambientales. Conformar un conjunto de alteraciones metabólicas caracterizada por hiperglicemia, es decir el incremento de glucosa en sangre debido a una generación parcial de la misma por el páncreas o a la acción ineficiente del mismo para la producción del mismo causando así un deterioro y dolencia en la paciente (según Mejía JI, Hernández I, & Moreno F, Bazán M. en el año 2007).

La insulina definida como aquella hormona secretada por las células Beta de los islotes de Langerhans ubicadas en el páncreas, cuya función es 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 permitiendo que tengan energía para poder realizar sus funciones. La acción inadecuada de esta hormona en las personas con diabetes mellitus, debido a la deficiencia en la producción de la insulina, afectará el metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas (según Durán BR, & Rivera B, Franco E. 2001).

Dado que la diabetes mellitus tiene un periodo de latencia largo con una fase preclínica que puede pasar desapercibida, la posibilidad de que los pacientes sean detectados en forma tardía es alta. Además, esta enfermedad con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, puede causar varias complicaciones micro-vasculares y macro-vasculares, afectando riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos (según Jiménez A, Aguilar CA & Rojas R, Hernández 2013).

La preocupación por complicaciones micro-vasculares y macro-vasculares en la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida convierten a la diabetes mellitus en uno de los principales problemas socio-sanitarios del mundo actual. Los cambios en el estilo de vida, fundamentalmente en el exceso de ingesta calórica, la obesidad y el sedentarismo, están modificando la incidencia y la prevalencia de la diabetes

mellitus, así como las complicaciones que difieren en función del tipo de diabetes independientemente de la localización geográfica (según Calderón A 2007).

Actualmente, la diabetes mellitus se basa en un problema ya se salud publica donde interviene diversos factores como social, físico, psicológico y preventivo a nivel familiar para el enfoque conjunto no solo el equipo multidisciplinario de salud sino las personas en general que puedan apoyar al bienestar del paciente .Es por ello, que la diabetes mellitus se trata de una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que está adquiriendo tintes de pandemia en varios países (Villaverde C, & Torres G, Ramírez J).

2.2.1.1. Clasificación de diabetes mellitus:

• Diabetes Mellitus de tipo I

Se conoce como insulino dependiente o de infancia caracterizada por una alteración genética o ambientales. Su causa es inmune ante la destrucción de célula β de los islotes pancreáticos mediada por linfocitos T, ocasionando una disminución o no producción de la insulina, los anticuerpos que van ante los islotes de Langerhans no son efectivos, sin embargo algunas formas son no tienen una etiología conocida. (Rojas E, Molina R & Cruz.)

• Diabetes Mellitus tipo II

Es también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta; es el tipo de diabetes más frecuente y se manifiesta con una aparición más insidiosa y es comúnmente asintomática en los primeros años antes del diagnóstico, reconociéndose la interacción de los factores genéticos, ambientales y de estilo de vida que juega un papel fundamental en la aparición de la enfermedad. La DM tipo II es caracterizada en diversos grados de variación ante la resistencia a la insulina siendo así o no llegando a secretar la correcta producción de la misma. La mayor parte de casos reportados se da en adultos, sin embargo el diagnóstico es efectuado en su mayoría en pacientes jóvenes a medida que aumenta la obesidad asociado a malos hábitos de alimentación, sedentarismo y la inactividad física. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales. Los síntomas pueden ser similares a los

de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos (Según Ingrid M. Libman, M.D 2007).

- **Diabetes gestacional**

La diabetes gestacional es definida como aquella alteración en metabolitos de hidratos de carbono, de severidad variable, iniciada durante la gestación y caracterizada por una hiperglucemia aparecida durante un embarazo la cual alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes y no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida. La hiperglucemia previa a las veinticuatro semanas del embarazo, se considera diabetes preexistente no diagnosticada. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, además de padecer diabetes de tipo II en el futuro. (Peiffe P, Riquelme M& Cueto J, Taborda M 2012).

- **Otros tipos específicos de diabetes:**

Este grupo incluye una amplia variedad de condiciones poco frecuentes como los defectos genéticos de la función de la célula beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, infecciones, entre otras (Carolino IDR, Molena & Fernández CA, Tasca 2015).

2.2.1.2. Síntomas más comunes de la Diabetes Mellitus tipo 2:

Según *Carolino IDR, Molena & Fernández CA, Tasca 2015* las manifestaciones son:

- Poliuria: Micción con mucha frecuencia.
- Polidipsia: Aumento de la sensación de sed.
- Polifagia: Aumento del apetito.
- Debilidad y cansancio.
- Contraer enfermedades infecciosas.
- Pérdida de peso a pesar del aumento del apetito.

- Glucemia plasmática en ayuno, igual o mayor de 126 mg/dL.
- Glucemia plasmática casual, igual o mayor a 200 mg/Dl.

2.2.1.3 Complicaciones de la Diabetes Mellitus 2:

- **Complicaciones agudas severas:**

Hipoglucemia severa: Es más frecuente cuando se busca un control estricto de la glucemia, sobre todo en los que reciben sulfonilureas o se aplican insulina.

Hiper glucemia: Las dos formas de presentación de la descompensación hiperglucémica severa son el estado hiperosmolar hiperglucémico no cetósico (EHHNC) y la cetoacidosis diabética (34).

- **Complicaciones crónicas:**

Retinopatía: Debido a que la retina está rodeada por capilares, estos están sometidos a un progresivo deterioro de la circulación en la enfermedad de la DM. La diabetes Mellitus tipo 2 causara una retinopatía que podrá conllevar a una importante de ceguera. Es preciso mencionar que pueden aparecer cataratas, glaucoma y problemas en cornea (según Giuseppe L, Nosari I.2012).

Nefropatía diabética: La nefropatía puede estar presente en el 10 al 25% de los pacientes con DM2 al momento del diagnóstico. Dentro de las complicaciones renales encontramos a la nefropatía incipiente, nefropatía clínica, insuficiencia renal crónica avanzada, falla renal terminal (según Durán BR, Rivera B, Franco E. 2001).

Pie diabético: Son lesiones de los pies en el diabético y se le denominas así, cuando tiene al {diabético a su vez se constituye en el principal factor de riesgo (Durán BR & Rivera B, Franco E.- 2001).

2.2.2. Calidad de vida

Se puede decir que es una mística el concepto de calidad de vida desde hace muchos años y continúa siendo complejo poder definir esta palabra.

La Organización Mundial de la Salud en el año 1994, apoya el concepto bajo la percepción que posee la persona sobre su modo de vida es decir el sistema cultural, entre otros factores que apoyan a su desarrollo en relación con expectativas y deseos de superación que poseen.

Según WHOQOL Group. Un gran grupo de autores define esta premisa relacionada con la salud (CVRS) como aquel concepto multidimensional. Es por ello la necesidad de inclusión de indicadores patológicos de un estado funcional basado en diversas dimensiones como social, física, psicológica de las percepciones de salud. Entonces podemos decir que se basa en un constructo complejo, multifactorial, aceptando una pluralidad de objetividad y haciendo referencia a satisfacción con la vida y a las dimensiones ya mencionadas.

2.2.2.1. Componentes de la Calidad de Vida:

En base a lo ya planteado podemos decir que se apoya en un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes diversos, el cual no es explicado por un solo ente sino por la interrelación entre varios (Lawton, 1991; Garland, 1993; Sétien, 1993; Fernández- Ballesteros et al., 1997; Seed y Lloyd, 1997; Rojo et al., 2002). Asimismo resulta difícil lograr una concordancia entre dimensiones consideradas en investigaciones que asemejan objetivos concretos de sus disciplinas particulares (Birren y Dieckmann, 1991), así como una diversa intervención de potenciales que intentan evaluar todo (Fayers y Machin, 2000).

La literatura nos plasma los componentes según *Fayers y Machin, 2000*.

- Calidad del medio ambiente.
- Entorno, residencia.
- Valores.
- Relaciones y apoyo social.
- Relaciones familiares.
- Situación laboral.

- Situación económica.
- Salud, estado emocional.
- Religión, espiritualidad.
- Ocio, cultura y un largo etcétera de subdimensiones dentro de cada uno de estos aspectos.

2.2.2.2. Dimensiones de la calidad de vida:

- **Dimensión físico:** involucra aspectos como la funcionalidad, energía, dolor, necesidad de tratamientos médicos, capacidad de trabajo y sueño.
- **Dimensión psicológico:** satisfacción de la vida y consigo mismo; capacidad de concentración, sentimientos positivos y negativos y espiritualidad (creencias).
- **Dimensión de las relaciones sociales:** satisfacción con las relaciones personales, soporte social y actividad sexual.
- **Dimensión del entorno:** ambiente físico, seguridad, recursos financieros, acceso a los servicios de e información.

2.2.2.3. Calidad de Vida Relacionado con la Salud:

Se relaciona con el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario; el bienestar físico, emocional y social después del diagnóstico y tratamiento. El impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria.

Autores como Patrick y Erickson definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schumaker y Naughton es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho

resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

2.3. Definición de términos básicos

- **Diabetes mellitus tipo II.**

Enfermedad crónica no transmisible, de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales; esta enfermedad constituye un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por un aumento de las cifras de glucosa en sangre. (OMS-2007)

- **Calidad de vida.**

La Organización Mundial de la Salud (1994) sostiene el concepto bajo la actuación del paciente sobre su estado físico y mental de salud es decir los factores que interrelacionan entre ellos.

- **Aprendizaje.**

En el ámbito de la pedagogía Real (1989) definió el aprendizaje como “un proceso de adquisición de conocimientos teóricos y prácticos, donde intervienen los factores de motivación, atención, aptitudes, habilidades, memoria, inteligencia, y la realidad educativa en la que se genera el cambio en el educando”

- **Percepción:**

Matlin y Foley 1996, señalan que es el análisis minucioso de los estímulos que posee el individuo para la determinación de actividades en órganos sensoriales

- **Estilos de vida:**

Aquellas capacidades asociadas a los comportamientos adoptados en el desarrollo del individuo como satisfacción de las necesidades. (Reyes, 2007)

- **Biopsicosocial:**

Enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

- **Entorno:**

Grupo de conformación de medios sociales, culturales que ejercen influencia sobre el individuo (Santrock, J. W. 2007)

- **Salud Pública:**

Referida como nivel más alto de atención en diversos aspectos como físico, mental y social de un individuo que genera el bien común de los mismo apoyados en diversos entes (Hanlon, 1974).

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis General

- HG. Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.

3.2. Hipótesis Específicas

- H1. Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión salud física en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.
- H2. Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión salud psicológica en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.
- H3. Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.
- H4. Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión ambiente y entorno en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.

3.3. Definición conceptual y operacional de las variables

3.3.1 Definición conceptual

Variable Independiente: Diabetes Mellitus tipo II

Según la OMS. (2016) La diabetes de tipo II o no insulino dependiente generada al inicio de una edad madura, es referida a una inutilización de insulina, representando en su mayor el mayor índice de casos mundiales asociado a un exceso de peso corporal y poca actividad física

Variable Dependiente: Calidad de Vida:

Autopercepción del sujeto ante el contexto social y mental aplicando un sistema de valores que influyen en el desarrollo del mismo, es una premisa para el logro personal de cada persona en todo aspecto ante el cual influyen diversas dimensiones (Whoqol Group 1994).

3.3.2 Operacionalización de Variables:

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Escala	Valor	Criterio para asignar valor
Variable 1 Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. (OMS. 20059)	Respuesta expresada del paciente con Diabetes Mellitus tipo II respecto a las diferentes formas de comportamiento y/ o conducta que adopta frente a la enfermedad y a su repercusión en la esfera física, psicológica, social y en su ambiente y entorno además de la forma como se adapta a esta problemática. Este resultado fue obtenido a través del cuestionario Whoqol- Bref.	Salud Física	Funcionalidad	Ordinal	1. Nada 2. Un poco 3. Lo normal 4. Bastante 5. Extremadamente	Deficiente: 28 a 47 Regular: 48 a 54 Buena: 54 a 59 Muy buena: 59 a 65 Excelente: 70 a 93
				Energía			
				Dolor			
				Necesidad de tratamientos médicos			
			Salud Psicológica	Capacidad de trabajo y sueño			
				Satisfacción de la vida y consigo mismo	Ordinal	1. Nada 2. Un poco 3. Lo normal 4. Bastante 5. Extremadamente	
				Capacidad de concentración			
				Sentimientos positivos y negativos			
			Espiritualidad (creencias)				
			Relaciones sociales	Satisfacción con las relaciones personales	Ordinal	1. Nada 2. Un poco 3. Lo normal 4. Bastante 5. Extremadamente	
				Soporte social			
				Actividad sexual			
Ambiente y entorno	Ambiente físico	Ordinal	1. Nada 2. Un poco 3. Lo normal 4. Bastante 5. Extremadamente				
	Seguridad						
	Recursos financieros						
	Acceso a los servicios de salud						
	Participación en actividades de ocio y recreación						
Transporte e información							
Variable 2 Diabetes Mellitus	Enfermedad crónica no transmisible, de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales; esta enfermedad constituye un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por un aumento de las cifras de glucosa en sangre (Mejía JI, Hernández I, & Moreno F, Bazán M.2007)	Información recopilada de diagnóstico médico: Síntomas de diabetes más una determinación de glucemia al azar > 200 mg/dl en cualquier momento del día. Glucemia en ayunas >= 126 mg/dl. Debe ser en ayunas de al menos 8 horas. Glucemia >= 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa. (La sobrecarga oral de glucosa debe seguir las normas de la OMS). Hemoglobina Glucosada (HbA1c mayor o igual de 6,5 %).	Diabetes tipo I	Glucosa basal	Ordinal	Rango referencial 70 - 100 mg/dl	Resultado 120 mg/dl
			Diabetes tipo II	Glucosa basal		Rango referencial 110 - 128 mg/dl	Resultado 135 mg/dl
			Diabetes Gestacional	Glucosa basal		Rango referencial 95 - 180 mg/dl	Resultado 200 mg/dl

CAPÍTULO IV:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y Nivel de Investigación

4.1.1. Enfoque

El enfoque fue cuantitativo debido a que ambas variables estarán sujetas a medición (Hernández Fernández y Batista, 2010).

4.1.2. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación fue de tipo sustantiva, básica no experimental, dado que no es posible la manipulación de ninguna de las variables, por lo que se trabajó en los fenómenos tal y como se dieron en el contexto natural para después analizarlos. El investigador no tiene control directo sobre dichas variables. (Hernández Fernández y Batista, 2010).

4.1.3. Nivel de investigación

El presente trabajo de investigación fue de nivel correlacional, debido a que se plantea como objetivo determinar la naturaleza de las relaciones existentes entre las variables (la Diabetes Mellitus Tipo II con la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano del distrito de san Antonio Chosica-2018.) Limitándose a mostrar que a ciertos valores de la primera variable le corresponde determinados valores de la segunda variable. (Hernández Fernández y Batista, 2010).

4.2. Métodos y diseño de investigación

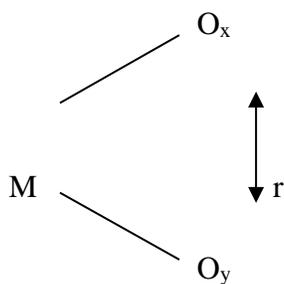
4.2.1. Métodos de investigación

El proyecto de investigación que se desarrolló se encuentra basado en un enfoque cuantitativo, bajo el método general hipotético-deductivo, debido a la toma de referencias bibliográficas que avalan la existencia de dimensiones como Diabetes

Mellitus Tipo II y la calidad de vida lo cual genera una asociación directa entre ambas para la solución de la premisa de manera teórica (Hernández Fernández y Batista, 2010).

4.2.2. Diseño de la investigación

El diseño adecuado para esta investigación fue transversal correlacional, porque tiene como propósito describir relaciones entre dos o más variables en un solo momento, en un tiempo único. Hernández, Fernández y Baptista (2010). El diagrama es el siguiente:



Donde:

- M: Todos los adultos mayores del Asentamiento Humano del distrito de san Antonio Chosica del, año 2018.
- O_x: Diabetes Mellitus Tipo II
- O_y: Calidad de Vida
- r: grado de relación entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la calidad de vida.

Es transversal o sincrónico por el periodo de secuencia del estudio, puesto que su estudio se circunscribió al año 2018.

4.3. Población y muestra de la investigación

4.3.1. Población

La población estuvo conformada por 760 adultos mayores del Asentamiento Humano del distrito de san Antonio Chosica del, año 2018.

4.3.2. Muestra

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista el diseño de la muestra es probabilística de tipo intencionado en tanto que es el investigador es quien ha determinado de manera voluntaria a los adultos mayores del Asentamiento Humano del distrito de san Antonio Chosica del, año 2018 (Hernández, et al. 2014). En la que se trabajó y además se establecido el tamaño de la muestra de 160 adultos mayores, de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre 60 y 70 años, y su evaluación fue voluntaria. Aplicando la fórmula para el cálculo muestral para poblaciones finitas.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnicas

Para la recopilación de los datos en la presente investigación se utilizaron:

- Técnica de encuestas. Las técnicas de encuestas nos permitieron recopilar toda la información relevante de la muestra representativa, con la finalidad de conocer las condiciones de salud relacionada con la calidad de vida que el adulto mayor percibe en un contexto biopsicosocial.

4.4.2. Instrumentos:

El instrumento tiene las siguientes características:

Cuestionario: Cuestionario de Whoqol- Bref

Descripción: El Instrumento que evalúa la calidad de vida de la Organización mundial de la salud La OMS toma su origen en el año 1991 bajo una investigación para la creación de un instrumento que permita la evaluación de la calidad de vida en diversos contextos, el mismo que plantea la evaluación intercultural de los

indicadores de salud, la elaboración se encontró bajo diversos países como Panamá, Argentina, Brasil y España siendo el último donde se aplicó por primera vez.

El cuestionario WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 conformado por 26 ítems, siendo la adaptación incluye preguntas del WHOQOL-100 y 24 específicas y 2 globales; bajo la escala tipo Likert. Dando como resultado la obtención de puntuaciones relevantes, el cual ha demostrado la validez y confiabilidad presentada.

Este instrumento consta de diversos dominios como se presenta a continuación:

- Dominio físico: resalta premisas como dolor, función, necesidad de atención, sueño y trabajo.
- Dominio psicológico: generación de plenitud vital, concentración, inferencia en pensamientos mentales, espíritu.
- Dominio de las relaciones sociales: interrelaciones personales estables incluyendo a la actividad sexual.
- Dominio del entorno: todos los espacios generando una sencillez y seguridad del mismo ante el acceso del servicio de la salud

Debido a la transculturalidad que posee desde su elaboración es subjetivo hablar de dimensiones relevantes de la calidad de vida, optándose por el WHOQOL-BREF para el presente estudio. Por otro lado la facilidad de aplicación como de entendimiento para el paciente aporta la disminución de tiempo de espera en los mismo y el fácil acceso para genera factibilidad. El tiempo para su aplicación es 15-20 minutos

Este instrumento ofrece 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:** Desarrollado en veinte y tres países con un diversos niveles socioeconómicos y culturas así como hospitalizaciones entre las edades hasta 97 años teniendo una concordancia interna medida por el coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,7.
- **Validez:** La validez discriminante evidencia diferencias estadísticamente significativas entre sanos y enfermos, la validez de constructo apoyada en dimensiones que lo conforman están representadas en sus ítems, contando con una fiabilidad buena avalada en 20 idiomas (26)

Así mismo detallar que el instrumento fue validado a través de juicio de expertos y el valor obtenido del Alfa de Cronbach es **0,884** (tabla N° 1 anexo 9.3) el cual es alto y significa que el cuestionario WHOQOL-BREF tiene **MUY BUENA VALIDEZ**.

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:

Tabla 10 puntuación del cuestionario de Whoqol-Bref

Deficiente	28 a 47
Regular	48 a 54
Buena	54 a 59
Muy buena	59 a 65
Excelente	70 a 93

4.5. Análisis de datos:

Para el método de análisis de datos se empleó el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Whoqol- Bref, haciendo una presentación por dimensiones y luego se procedió a la contratación de las hipótesis mediante los siguientes estadígrafos:

1. Se realizó la contratación de las hipótesis a través del método estadístico o Prueba Chi cuadrado X_c^2 , de Pearson por ser una prueba que permite medir aspectos cualitativos y cuantitativos de la respuesta que se obtuvieron del instrumento aplicado.

El criterio para la contratación de la hipótesis se define así:

Si X^2_C es mayor que X^2_T , entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación; en caso contrario si X^2_T es mayor que X^2_C , se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación.

El estadístico utilizado en esta prueba tiene la siguiente fórmula:

$$x^2 = \sum \frac{(O_I - E_I)^2}{E_I}$$

Dónde:

X^2 = Chi cuadrado

O_I = Frecuencia observada

E_I = Frecuencia esperada

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo:

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Edad de la muestra

Tabla N° 1: Características de la edad de la muestra

Características de la edad	
Muestra	160
Media	65,15
Desviación estándar	$\pm 3,36$
Mínima	60
Máxima	70

Fuente: Elaboración propia

La muestra, formada por 160 adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica, fue evaluada respecto a la diabetes mellitus tipo II que padecían y la calidad de vida, presentaron una edad promedio de 65.15 años, con una desviación estándar de $\pm 3,36$ años; una edad mínima de 60 y una máxima de 70 años.

Distribución de la muestra por grupos etáreos

Tabla N° 2: Grupos etáreos de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 60 a 62 años	45	28,1	28,1
de 63 a 65 años	46	28,7	56,9
de 66 a 68 años	35	21,9	78,8
de 69 a 70 años	34	21,3	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la distribución etárea de la muestra (Tabla N° 2), 45 adultos mayores tenían entre 60 a 62 años; 46 adultos mayores tenían entre 63 a 65 años; 35 adultos mayores tenían entre 66 a 68 años y 34 adultos mayores tenían entre 69 a 70 años.

Distribución de la muestra por sexo

Tabla N° 3: Sexo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	77	48,1	48,1
Femenino	83	51,9	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 3 se observa que, en la muestra, formada por 160 adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica, estuvo formada por 77 adultos mayores del sexo masculino y 83 adultos mayores del sexo femenino.

Distribución de la muestra por diabetes mellitus tipo II

Tabla N° 4: Diabetes mellitus que presentó la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si presenta	128	80,0	80,0
No presenta	32	20,0	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 4 presenta la diabetes tipo II que padecía la muestra. Se encontró que 128 adultos mayores presentaron diabetes tipo II y solo 32 adultos mayores no presentaron diabetes tipo II.

Diabetes mellitus tipo II de la muestra por grupos etáreos

Tabla N° 5: Diabetes mellitus tipo II que presentó la muestra.

		Diabetes mellitus tipo II		Total
		Si presenta	No presenta	
Grupo	de 60 a 62 años	45	0	45
Etáreo	de 63 a 65 años	27	19	46
	de 66 a 68 años	25	10	35
	de 69 a 70 años	31	3	34
Total		128	32	160

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 5 presenta la diabetes tipo II que padecía la muestra de acuerdo a los grupos etáreos. Todos los adultos mayores de 60 a 62 años presentaron diabetes mellitus tipo II; de los adultos mayores de 63 a 65 años 27 presentaron y 19 no presentaron; de los adultos mayores de 66 a 68 años 25 presentaron y 10 no presentaron y, de los adultos mayores de 69 a 70 años 31 presentaron y 3 no presentaron.

Diabetes mellitus tipo II de la muestra por sexo

Tabla N° 6: Diabetes mellitus de la muestra por sexo.

		Diabetes mellitus tipo II		Total
		Si presenta	No presenta	
Sexo	Masculino	60	17	77
	Femenino	68	15	83
Total		128	32	160

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 6 presenta la diabetes tipo II que padecía la muestra según el sexo. De los adultos mayores del sexo masculino, 60 presentaron diabetes mellitus tipo II y 14 no presentaron. De los adultos mayores del sexo femenino, 68 presentaron diabetes mellitus tipo II y 15 no presentaron.

CALIDAD DE VIDA EN TÉRMINOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

(World Health Organization Quality of Life)

Percepción de la Calidad de Vida de la muestra

Tabla N° 7: Percepción Calidad de vida de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy mala	29	18,1	18,1
Poco mala	47	29,4	47,5
Lo normal	76	47,5	95,0
Bastante buena	8	5,0	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 7 presenta la percepción que tenía la muestra respecto a su Calidad de Vida. 29 adultos mayores percibían que su salud era muy mala; 47 adultos mayores percibían que su salud era poco mala; 76 adultos mayores que su salud era normal y 8 percibían que su salud era bastante.

Satisfacción con el Estado de Salud

Tabla N° 8: Estado de Salud de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	21	13,1	13,1
Un poco satisfecho	87	54,3	67,4
Lo normal	52	32,6	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 8 presenta el nivel de satisfacción, que tenía la muestra, respecto a su estado de Salud. 21 adultos mayores estaban muy insatisfechos con su estado de salud; 87 estaban un

poco satisfechos con su estado de salud y 14 percibían que su estado de salud era normal; ninguno se encontraba bastante satisfecho con su estado de salud y ninguno se encontraba muy satisfecho con su estado de salud.

Calidad de vida - Puntuación Promedio por dimensiones

Tabla N° 9: Puntuación promedio por dimensiones de la muestra.

	Salud Física	Salud Psicológica	Relaciones Sociales	Ambiente / Entorno	Calidad de Vida
Media	43,29	48,18	50,96	52,78	49,96
Desviación estándar	±14,044	±5,691	±7,778	±10,021	±7,034

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 9 presenta los resultados, en puntuaciones, de la calidad de vida por dimensiones que tenía la muestra. La dimensión salud física presentó una puntuación promedio de 43; la dimensión salud psicológica presentó una puntuación de 48; la dimensión relaciones sociales presentó una puntuación de 51; la dimensión ambiente / entorno presentó una puntuación de 53 y la calidad de vida presentó una puntuación de 50.

Calidad de vida por dimensiones.

Salud Física

Tabla N° 10: Salud Física de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficiente	45	28,1	28,1
Regular	75	46,9	75,0
Buena	32	20,0	95,0
Muy buena	8	5,0	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 10 se presenta los resultados de la evaluación de la Salud Física de la muestra. 45 adultos mayores manifestaron que su salud física era deficiente; 75 adultos mayores manifestaron que su salud física era regular; 32 adultos mayores que su salud física era buena; solo 8 adultos mayores que su salud física era muy buena y ningún adulto mayor manifestó que su salud física era excelente. Se observa que la mayor parte de la muestra presentó una salud física regular.

Salud Psicológica

Tabla N° 11: Salud Psicológica de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficiente	59	36,9	36,9
Regular	70	43,8	80,6
Buena	26	16,3	96,9
Muy buena	5	3,1	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 11 presenta la evaluación de la Salud Psicológica de la muestra. 59 adultos mayores manifestaron que su salud psicológica era deficiente; 70 adultos mayores manifestaron que su salud psicológica era regular; 26 adultos mayores indicaron que su salud Psicológica era buena; solo 5 adultos mayores manifestaron que su salud psicológica era muy buena y ningún adulto mayor manifestó que su salud psicológica era excelente. Se observa que la muestra presentó una salud psicológica regular.

Relaciones Sociales

Tabla N° 12: Relaciones Sociales de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficiente	43	26,9	26,9
Regular	83	51,9	78,8
Muy buena	29	18,1	96,9
Excelente	5	3,1	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la evaluación de las Relaciones Sociales de la muestra, se encontró que 43 adultos mayores manifestaron que sus relaciones sociales eran deficientes; 83 manifestaron que sus relaciones sociales eran regulares; 29 manifestaron que sus relaciones sociales eran muy buenas y solo 5 que sus relaciones sociales eran excelentes. Se observa que las relaciones sociales de la muestra eran regulares.

Ambiente / Entorno

Tabla N° 13: Ambiente / Entorno de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficiente	43	26,9	26,9
Regular	49	30,6	57,5
Buena	32	20,0	77,5
Muy buena	25	15,6	93,1
Excelente	11	6,9	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 13 presenta la evaluación del Ambiente / entorno de la muestra. 43 adultos mayores manifestaron que su ambiente / entorno era deficiente; 49 manifestaron que su ambiente / entorno era regular; solo 32 que su ambiente / entorno era bueno; 25

manifestaron que su ambiente / entorno era muy bueno y 11 manifestaron que su ambiente / entorno era excelente. Se observa que la muestra presentó un ambiente / entorno regular.

Calidad de Vida de la muestra

Tabla N° 14: Calidad de Vida de la Muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficiente	48	30,0	30,0
Regular	83	51,9	81,9
Buena	14	8,8	90,6
Muy buena	15	9,4	100,0
Total	160	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 14 presenta los resultados de la evaluación de la calidad de vida de la muestra, en términos del cuestionario Whoqol-Bref (World Health Organization Quality Of Life). Se encontró que 48 adultos mayores tenían una calidad de vida deficiente; 83 adultos mayores tenían una calidad de vida regular; 14 adultos mayores tenían una calidad de vida buena; 15 adultos mayores tenían una calidad de vida muy buena y ningún adulto mayor tenía una calidad de vida excelente. Se observa que, la Calidad de Vida que tenía la muestra, era regular.

Calidad de Vida de la muestra por Sexo

Tabla N° 15: Calidad de Vida de la muestra por Sexo.

		Calidad de Vida de la muestra				Total
		Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	
Sexo	Masculino	23	39	5	10	77
	Femenino	25	44	9	5	83
Total		48	83	14	15	160

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 15 presenta los resultados de la evaluación de la Calidad de Vida de la muestra por Sexo. De los adultos mayores del sexo masculino, 23 presentaron una calidad de vida deficiente; 39 presentaron una calidad de vida regular; solo 5 presentaron una calidad de vida buena y 10 presentaron una calidad de vida muy buena. De los adultos mayores del sexo femenino, 25 presentaron una calidad de vida deficiente; 44 presentaron una calidad de vida regular; solo 9 presentaron una calidad de vida buena y solo 5 presentaron una calidad de vida muy buena.

Calidad de Vida de la muestra por grupos etáreos

Tabla N° 16: Calidad de Vida de la muestra por grupos etáreos.

		Calidad de Vida de la muestra				Total
		Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	
Grupo	de 60 a 62 años	12	33	0	0	45
Etáreo	de 63 a 65 años	4	20	11	11	46
	de 66 a 68 años	14	14	3	4	35
	de 69 a 70 años	18	16	0	0	34
Total		48	83	14	15	160

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 16 presenta los resultados de la evaluación de la Calidad de Vida de la muestra por grupos etáreos. De los adultos mayores que tenían de 60 a 62 años, 12 presentaron una calidad de vida deficiente; 33 presentaron una calidad de vida regular; ninguno presentó una calidad de vida buena y ninguno presentó una calidad de vida muy buena. De los adultos mayores tenían de 63 a 65 años, 4 presentaron una calidad de vida deficiente; 20 presentaron una calidad de vida regular; 11 presentaron una calidad de vida buena y 11 presentaron una calidad de vida muy buena. De los adultos mayores tenían de 66 a 68 años, 14 presentaron una calidad de vida deficiente; 14 presentaron una calidad de vida regular; 3 presentaron una calidad de vida buena y 4 presentaron una calidad de vida muy buena. De los adultos mayores tenían de 69 a 70 años, 18 presentaron una calidad de vida deficiente; 16 presentaron una calidad de vida regular; ninguno presentó una calidad de vida buena y ninguno presentó una calidad de vida muy buena.

Diabetes mellitus tipo II y Calidad de Vida de la muestra

Tabla N° 17: Diabetes mellitus de la muestra y Calidad de Vida.

		Calidad de Vida de la muestra				Total
		Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	
Diabetes mellitus tipo II de la muestra	Si presenta	38	81	9	0	128
	No presenta	10	2	5	15	32
Total		48	83	14	15	160

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 17 presenta los resultados de la evaluación de la diabetes mellitus tipo II y la calidad de vida de la muestra. De los adultos mayores que padecían de diabetes mellitus tipo II, 38 presentaron una calidad de vida deficiente; 81 presentaron una calidad de vida regular; solo 9 presentaron una calidad de vida buena y ninguno presentó una calidad de vida muy buena. De los adultos mayores que no padecían de diabetes mellitus tipo II, 10 presentaron una calidad de vida deficiente; solo 2 presentaron una calidad de vida regular; solo 5 presentaron una calidad de vida buena y 15 presentaron una calidad de vida muy buena.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

5.1 Análisis Inferencial:

Para probar la Hipótesis General

Existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la calidad de vida en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

1. Ho: No existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la calidad de vida en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
2. Ha: Si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la calidad de vida en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
3. Nivel de Significación: $\alpha = 0,05$
4. Prueba Estadística: Chi-cuadrado de Pearson

Tabla N° 18: Prueba chi-cuadrado.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	78,233 ^a	3	0,000
Razón de verosimilitud	73,898	3	0,000
Asociación lineal por lineal	33,915	1	0,000
N de casos válidos	160		

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 18 se observa que el valor de la prueba chi-cuadrado calculado es $\chi^2 = 78,233$, con un nivel de significancia de $p = 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir que si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la calidad de vida en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

Para probar la Hipótesis Especifica H1

Existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la salud física en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

1. Ho: No existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la salud física en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
2. Ha: Si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la salud física en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
3. Nivel de Significación: $\alpha = 0,05$
4. Prueba Estadística: Chi-cuadrado de Pearson

Tabla N° 19: Prueba chi-cuadrado.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,201	3	0,003
Razón de verosimilitud	11,993	3	0,007
Asociación lineal por lineal	8,766	1	0,003
N de casos válidos	160		

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 19 se observa que el valor de la prueba chi-cuadrado calculado es $\chi^2 = 14,201$, con un nivel de significancia de $p = 0,003$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir que si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la salud física en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

Para probar la Hipótesis Específica H2

Existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la salud psicológica en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

1. Ho: No existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la salud psicológica en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
2. Ha: Si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la salud psicológica en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
3. Nivel de Significación: $\alpha = 0,05$
4. Prueba Estadística: Chi-cuadrado de Pearson

Tabla N° 20: Prueba chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,710	3	0,000
Razón de verosimilitud	16,833	3	0,001
Asociación lineal por lineal	5,629	1	0,018
N de casos válidos	160		

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 20 se observa que el valor de la prueba chi-cuadrado calculado es $\chi^2 = 20,710$, con un nivel de significancia de $p = 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir que si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y la salud psicológica en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

Para probar la Hipótesis Especifica H3

Existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y las relaciones sociales en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

1. Ho: No existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y las relaciones sociales en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
2. Ha: Si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y las relaciones sociales en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
3. Nivel de Significación: $\alpha = 0,05$
4. Prueba Estadística: Chi-cuadrado de Pearson

Tabla N° 21: Prueba chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,279	3	0,000
Razón de verosimilitud	23,264	3	0,000
Asociación lineal por lineal	18,034	1	0,000
N de casos válidos	160		

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 21 se observa que el valor de la prueba chi-cuadrado calculado es $\chi^2 = 27,279$, con un nivel de significancia de $p = 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir que si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y las relaciones sociales en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

Para probar la Hipótesis Especifica H4

Existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y el ambiente/entorno en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

1. Ho: No existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y el ambiente/entorno en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
2. Ha: Si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y el ambiente/entorno en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.
3. Nivel de Significación: $\alpha = 0,05$
4. Prueba Estadística: Chi-cuadrado de Pearson

Tabla N° 22: Prueba chi-cuadrado.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,989	4	0,001
Razón de verosimilitud	24,487	4	0,000
Asociación lineal por lineal	2,888	1	0,089
N de casos válidos	160		

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 22 se observa que el valor de la prueba chi-cuadrado calculado es $\chi^2 = 19,989$, con un nivel de significancia de $p = 0,001$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, es decir que si existe relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II y el ambiente/entorno en los adultos mayores del Asentamiento Humano “San Antonio” de Chosica. Lima 2018.

CAPITULO VI:

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- ***Según Casado, González, Moraleda, Orueta, en un estudio realizado en España (2001).*** Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. Los resultados muestran que presentaron mayor grado de deterioro las mujeres que los varones, las personas de mayor edad respectivamente, en los grupos de edad 65-69, 70-74, 75- 79, 80-84 y > 84 años; $p < 0,001$), los que presentaban mayor número de patologías crónicas y los que consumían mayor número de fármacos. Se concuerda con los resultados de nuestro estudio se muestra que las mujeres fueron las más afectadas con esta patología con un 52% y respecto a la edad el grupo etáreo de 60 a 62 años presentaron mayor número de patologías asociadas y factores de riesgo latentes con 28%.
- ***Ríos, Sánchez, (2009). Realizaron un estudio en México Calidad de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2.*** Los resultados revelaron que 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Respecto a nuestros resultados por dimensiones se encuentra más afectada la dimensión de salud física con 43%, salud psicológica con 48%, relaciones sociales 51%, ambiente y entorno 53%.
- ***Juárez, Herandez, & Escoto (2011). Realizaron un estudio en México Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.*** Se encontró que más de la mitad perciben buena calidad de vida, en familias extensas; los compensados viven en familias nucleares, reciben apoyo y refieren satisfacción; mencionan quienes reciben apoyo en caso de invalidez. En comparación con nuestro estudio se detalla respecto

percepción de la calidad de vida se dio el 48% estuvo normal, 29% poco mala, 18% muy mala, solo 5% bastante buena.

- **Montero, Sepúlveda, & Contreras (2011) Estudio realizado en España. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo II.** Los resultados describen que los pacientes diabéticos tienen una tendencia a presentar resultados inferiores a la población general en los siguientes conceptos de salud del SF-36: Función Física ($76,6 \pm 27,2$ DE), Dolor Corporal ($73,7 \pm 26,2$ DE), Salud General ($54,7 \pm 22,4$ DE), Función Social ($84,2 \pm 21,7$ DE), Rol Emocional" ($84,7 \pm 28,9$ DE). Se coincide también con nuestros resultados se encuentra más afectada la dimensión de salud física con 43%, salud psicológica con 48%, relaciones sociales 51%, ambiente y entorno 53%.
- **Carral, Olivera & Ramos (2010). Realizaron un estudio realizado en España para conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas con diabetes mellitus (DM) tipo 2 ingresadas en un hospital de tercer nivel.** se concluye que el grupo de pacientes, las dimensiones del SF-36 con puntuaciones más altas (mejor estado de salud) fueron las de rol emocional y salud general. Asimismo, el desarrollo y la función social fueron de menor predominancia. Contrario a nuestro estudio hay una variación con la percepción relaciones sociales 51%.
- **García Peña, & María del Carmen (2009); Realizaron un estudio en Lima- Perú. Calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados.** Las variables más importantes asociadas a mala calidad de vida fueron tiempo de evolución (RM=3.80, IC 95 por ciento= 1.67-864, p=0.001), descontrol metabólico (RM=2.36, IC 95 por ciento= 0.99-5.58, p=0.04), enfermedades asociadas (RM=4.58, IC 95 por ciento= 1.72-12.15, p=0.002), complicaciones tardías (RM=7.20, IC 95 por ciento= 3.03-17-10, p=0.001). No existe concordancia con este estudio.
- **Romero Calmet (2015). Realizo un estudio en Lima- Perú.** Relación entre las percepciones de enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud

(CVRS) en un grupo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Se encontró que las percepciones de bajo control personal sobre la diabetes, las respuestas emocionales negativas y un acuerdo de que la enfermedad tiene serias consecuencias sobre la vida estuvieron asociadas a una calidad de vida más deteriorada en diferentes dimensiones. Se coincide también con nuestros resultados se encuentra más afectada la dimensión de salud física con 43%, salud psicológica con 48%, relaciones sociales 51%, ambiente y entorno 53%.

- ***Cindy Edith Gamboa Chávez (2013), Realizo un estudio en Lima - Perú*** Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida. programa de diabetes del hospital nacional dos de mayo”- 2013. Respecto a la Percepción del paciente con Diabetes Mellitus tipo II sobre su Calidad de Vida en el Programa de Diabetes del HNDM, de un 100% el 59% presentan una percepción medianamente favorable, el 22% una percepción favorable y el 19% percepción desfavorable. En su Dimensión Física, 70% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 16% favorable y 12% desfavorable. En su Dimensión Psicológica, 68% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 12% favorable y 20% desfavorable. Se coincide respecto a respecto **percepción de la calidad de vida** se dio el 48% estuvo normal, 29% poco mala, 18% muy mala, solo 5% bastante buena y de acuerdo a las dimensiones se encuentra más afectada la dimensión de salud física con 43%, salud psicológica con 48%, relaciones sociales 51%, ambiente y entorno 53%.

7.- CONCLUSIONES:

- Se demostró que la calidad de vida tiene relación significativa con la diabetes mellitus tipo II, corroborando así los fundamentos teóricos que tratan de explicar que la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas se afectan debido a que las condiciones de salud y sociodemográficas constituyen problemas que persisten en el tiempo; ya que la condición de esta patología acarrea un sin número de implicaciones en la vida de una persona, en el aspecto psicológico, físico, espiritual y social; pues aparecen de forma insidiosa. Son permanentes, provocan incapacidades residuales causadas por condiciones patológicas irreversibles, requieren de entrenamiento del paciente para su autocontrol y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado. (con un nivel de significancia de $p = 0,000$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$).
- Respecto a la dimensión salud física se determinó que existe relación con la variable diabetes mellitus tipo II, ya que para el adulto mayor el **estado físico y la movilidad** están relacionados con aspectos de capacidad física para definir las capacidades funcionales relacionadas con actividades específicas (con un nivel de significancia de $p = 0,003$ cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$).
- La dimensión salud psicológica establece relación significativa con la diabetes mellitus tipo II, por que abarca el grado de satisfacción (con la situación, con los amigos, con las actividades), el nivel de estrés (estabilidad emocional), el estado mental, el concepto de sí mismo (autoestima, imagen del cuerpo), la vivencia religiosa, la seguridad, etc. Puede coincidir, en parte, con la búsqueda de la realización social y funcional es por ello que se considera un factor importante

en la percepción de la calidad de vida (con un nivel de significancia de $p = 0,000$ cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$).

- Logramos constatar que la dimensión relaciones sociales tiene relación significativa entre la diabetes mellitus tipo II, la evaluación de esta dimensión es fundamental, por que en las personas con esta condición merma mucho la aptitud de las relaciones personales en el seno de la vida, en el hogar, con la familia y con los amigos; es por ello que el núcleo familiar jugara un rol importante en su recuperación, potenciación de la función y calidad de vida (con un nivel de significancia de $p = 0,000$ cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$).
- Respecto a la dimensión ambiente/entorno se concluye que existe relación significativa con la diabetes mellitus tipo II, La implicación social relacionada con actividades comunitarias emprendidas y con el nivel de aceptación y apoyo dado por la comunidad es de vital importancia para que la persona no se sienta relegada ante la sociedad, mejorando así sus capacidades físicas, psicológicas, las relaciones interpersonales en su comunidad (con un nivel de significancia de $p = 0,001$ el cual es menor al nivel de significancia esperado $\alpha = 0,05$).

8.- RECOMENDACIONES:

- Realizar alianzas estratégicas con el gobierno local (municipalidad del distrito de Chosica, centros de salud públicos y privados, vasos de leche, comedores populares, asociaciones sin fines de lucro para el adulto mayor), que les permitan a través de campañas de salud realizar frecuentemente la evaluación y/o control de glucosa en sangre, control nutricional, talleres de actividades físicas y recreativas, educación para respetar su tratamiento mejorando así su estilo de vida y hábitos cotidianos. Por consecuencia, mejorar la calidad de vida en esta población debe ser parte de los lineamientos de salud a nivel local.
- Trabajar de manera multidisciplinaria con un equipo que realice evaluaciones, en forma sistematizada. Desarrollando estrategias en los cuatro pilares fundamentales del paciente diabético: Educativa (bajo conocimiento en diabetes o de los servicios médicos), función física (efectos del tratamiento, grado de incapacidad generada por la diabetes, comorbilidad y factores asociados), Barreras socioeconómicas (bajo ingreso económico, difícil acceso y seguimiento de las recomendaciones del cuidado y tratamiento, falta de apoyo familiar), idiosincrasia (Autocontrol, Alimentación, Ejercicio, Medicamentos) para el manejo de la enfermedad y para lograr resultados positivos en su calidad de vida.
- Es recomendable el apoyo psicológico en un paciente diabético, sea debutante o no. Sumado a ello la participación de los amigos y familiares le ayudarán a aceptar rápidamente la enfermedad y acompañarán para que el proceso de la diabetes sea más sencillo (dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, percepción poco eficaz ante el tratamiento, problemas de estrés psicológico, ansiedad y depresión).
- Es recomendable considerar a la persona diabética desde un enfoque biopsicosocial para mejorar las determinantes sociales de la salud

(comportamientos y estilos de vida saludables, ingresos y posición social, educación, trabajo y condiciones laborales, acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos). Con la finalidad de crear distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.

- La elaboración de un registro de datos de pacientes con diabetes mellitus tipo II en los diferentes asentamientos humanos del distrito de Chosica, Permitiendo así conocer a nivel local si esta población tiene acceso a los servicios de salud, el tipo de atención médica otorgada, la frecuencia en que están siendo evaluados, el tipo de tratamiento tanto para la diabetes como para sus comorbilidades, la identificación de los factores de riesgo que permitiría disponer de una fuente confiable para establecer directrices prioritarias en la capacitación del equipo tratante, del paciente y sus familiares, así como de los lineamientos de salud a implementarse de acuerdo con problemas particulares de la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro N; Carothers M, González YS, Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud* 2006, 8 (3): 152-157
2. Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, Sequeda C, Solano C, Borda M. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2005; 21: 28-40.
3. Aschner P. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2.
4. Báez FJ, Flores M, Bautista E, Sánchez L. Factores de Riesgo para la Diabetes Mellitus en el Profesional de Enfermería. *Rev. Enfermería Universitaria.* 2011; 8(2): 6-11.
5. Benarroch I, Sanchez G. Factores de riesgo y complicaciones crónicas en el diagnóstico reciente de la diabetes tipo 2. *Rev. Cub. Endocrinol.* 2001; 12 (2):76-81.
6. Caja Costarricense de Seguro Social. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2. II edición. Costa Rica, 2000.
7. Calderón A. Epidemiología, genética y mecanismos patogénicos de la diabetes mellitus. *Rev. Esp. Cardiol Supl.* 2007;7(H):3-11
8. Camejo M, García A, Rodríguez E, Carrizales ME, Chique J. Visión epidemiológica de la diabetes mellitus. Situación en Venezuela. Registro epidemiológico y propuesta de registro. Programas de detección precoz. *Rev. Venezolana de Endocrinología y Metabolismo* 2012; 10 (1): 2-6.

9. Carolino IDR, Molena-Fernández CA, Tasca RS, Marcon SS, Cuman RKN. Risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 marzo abril; 16(2):238-44.
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. Med. Chile* 2004; 132: 1189-1197.
11. Casado JM, González N, Moraleta S, Orueta R, Carmona J, Gómez RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria*.2001; 28 (3): 167-173.
12. De La Cruz MG, Vargas JM, Ledezma ES, Holguín MC, Martínez AY, Frago 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.
13. De La Cruz MG, Vargas JM, Ledezma ES, Holguín MC, Martínez AY, Frago 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.
14. 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.
15. Elorza EM, Moscoso N, Ripari N. Evaluación de políticas públicas de provisión de fármacos para diabetes mellitus tipo 2 en Argentina: estudio de caso. *Salud colectiva* 2012; 8 (1).

16. García F, Solís J, Calderón J, Luque E, Neyra L, Manrique H, Cancino R, Castillo, Socorro O, Rodríguez, Freundt J, Escudero R, Zacarías E. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. *Rev. Soc. Perú Med Interna* 2007; 20 (3): 90-94.
17. García FJ, Novo JM, Pérez JA, Malo J, Fluiters E, Carpente J, López J, Martínez A. Diabetes mellitus tipo 2. *Guías Clínicas*. 2005; 5(15): 1-8.
18. García JE, Salcedo L, Covarrubias, Colunga C, Milke M. Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico. *Rev. Med. IMSS* 2004; 42 (5): 395-404.
19. Giuseppe L, Nosari I. *Cómo Se Cura la Diabetes*. Barcelona: De Vecchi; 2012.
20. 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.
21. Iglesias R, Barutell L, Artola, Serrano R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica* 2014; 5 (2):1-24.
22. Ingrid M. Libman, M.D., PhD. 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.
23. 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.

24. López JM, Ariza CR, Rodríguez JR, Munguía 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.
25. 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.
26. 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
27. Mena, F. J. et al. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2006; 23 (8): 357-360.
28. 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
29. Moreno L. Epidemiología y diabetes. *Red Fac Med UNAM*. 2001; 44(1): 35-37.
30. Noda JR, Perez JE, Malaga G, Aphang MR. Conocimientos sobre su enfermedad" en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. *Rev. Med Hered* 2008; 19:68-72.
31. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Lima: Centro de prensa, 2015 [acceso 29 de febrero del 2016]. Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
32. Oviedo M, Espinosa F, Reyes H, Trejo J, Gil E. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Med IMSS* 2003; 41: 27-46

33. Peiffe P, Riquelme M, Cueto J, Taborda M. Prevalencia de factores de riesgo en pacientes embarazadas con diabetes gestacional y pregestacional, en el HOSPITAL Regional Rio Gallegos Servicio de ginecología (Periodo 2006-2010). Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. 2012; 211:5-8.
34. Peralta SL, Muñoz NM, Padilla M, a Ontiveros M, Mercedes J. Intervención educativa en pacientes con diabetes Mellitus Tipo 2 de Hermosillo, Sonora.
35. 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).
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. Quirós D; Villalobos A. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes mellitus tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. Psicológica Universitaria. 2007, 6 (3): 679-688.
38. 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.
39. Rivera E. Diabetes Mellitus: Programa completo para su tratamiento dietético. 1ed. México: 2000.
40. Rodríguez G. Insulinoterapia. Rev. Med Hered 2003; 14 (3): 140-144.
41. Rojas E, Molina R, Cruz. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Rev. Venezolana de Endocrinología y Metabolismo 2012; 10 (1): 7-12.

42. Roldán A, Ojeda G, Roldán EA. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Rev. Facultad de Medicina de la UNAM. 2011; 54(1):28-40.
43. Saltos M. Estilos de vida y factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev Ciencia UNEMI. 2012; 7: 8 – 19
44. Socarrás MM, Blanco J, Vázquez A, González D, Licea ME. Factores de riesgo de enfermedad aterosclerótica en la Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev Cubana Med 2003; 42(2): 15-22.
45. Trejo JF. Epidemiología del síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2: ¿El diluvio que viene? Archivos de cardiología de México. 2004; 74 (2): 267-270.
46. Untiveros CF, Nuñez O, Tapia LM, Tapia GG. Complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud - Cañete. Rev. Med Hered 2004; 15:64-69

XI. ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO SAN ANTONIO DE CHOSICA- 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica-2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es la relación entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión salud física en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018?</p> <p>¿Cuál es la relacion entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión salud psicologica en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018?</p> <p>¿Cuál es la relacion entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018?</p> <p>¿Cuál es la relacion entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión ambiente y entorno en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Determinar la relación entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión salud física en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p> <p>Determinar la relacion entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión salud psicologica en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p> <p>Determinar la relacion entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p> <p>Determinar la relacion entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión ambiente y entorno en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p> <p>HIPOTESIS SECUNDARIOS</p> <p>Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión salud física en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p> <p>Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión salud psicologica en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p> <p>Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión relaciones sociales en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p> <p>Existe relación significativa entre la Diabetes Mellitus Tipo II con la dimensión ambiente y entorno en adultos mayores del Asentamiento Humano San Antonio Chosica 2018.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Diabetes Mellitus Tipo II</p> <p>Variable 2</p> <p>Calidad de Vida.</p>	<p>Tiempo de evolución de la patología.</p> <p>Salud física</p> <p>Salud psicológica</p> <p>Relaciones sociales</p> <p>Ambiente /entorno</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Cuestionario WHOQOL-BREF</p> <p>Deficiente: 28 a 47 Regular: 48 a 54 Buena: 54 a 59 Muy buena: 59 a 65 Excelente: 65 a 93.</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO:</p> <p>Estudio Descriptivo de Tipo Transversal y Correlacional</p> <p>POBLACIÓN:</p> <p>Todos los Adultos Mayores con Diabetes Mellitus tipo II del Asentamiento Humano San Antonio Chosica-2018. (N=760).</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Se logró estudiar a un mínimo 160 Adultos Mayores con Diabetes tipo II Asentamiento Humano San Antonio Chosica-2018.</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSION</p> <p>Adultos a partir de 60 a 70 años de edad, con DM tipo II, que quieran participar en forma voluntaria, y que radiquen en el lugar del estudio a realizarse.</p>

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Escala	Valor	Criterio para asignar valor
Variable 1 Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. (OMS. 20059)	Respuesta expresada del paciente con Diabetes Mellitus tipo II respecto a las diferentes formas de comportamiento y/ o conducta que adopta frente a la enfermedad y a su repercusión en la esfera física, psicológica, social y en su ambiente y entorno además de la forma como se adapta a esta problemática. Este resultado fue obtenido a través del cuestionario Whoqol- Bref.	Salud Física	Funcionalidad	Ordinal	6. Nada 7. Un poco 8. Lo normal 9. Bastante 10. Extremadamente	Deficiente: 28 a 47 Regular: 48 a 54 Buena: 54 a 59 Muy buena: 59 a 65 Excelente: 70 a 93
				Energía			
				Dolor			
				Necesidad de tratamientos médicos			
			Salud Psicológica	Capacidad de trabajo y sueño	Ordinal	6. Nada 7. Un poco 8. Lo normal 9. Bastante 10. Extremadamente	
				Satisfacción de la vida y consigo mismo			
				Capacidad de concentración			
				Sentimientos positivos y negativos			
			Relaciones sociales	Espiritualidad (creencias)	Ordinal	6. Nada 7. Un poco 8. Lo normal 9. Bastante 10. Extremadamente	
				Satisfacción con las relaciones personales			
				Soporte social			
			Ambiente y entorno	Actividad sexual	Ordinal	6. Nada 7. Un poco 8. Lo normal 9. Bastante 10. Extremadamente	
				Ambiente físico			
				Seguridad			
				Recursos financieros			
				Acceso a los servicios de salud			
Participación en actividades de ocio y recreación	Transporte e información						
Variable 2 Diabetes Mellitus	Enfermedad crónica no transmisible, de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales; esta enfermedad constituye un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por un aumento de las cifras de glucosa en sangre (Mejía JI, Hernández I, & Moreno F, Bazán M.2007)	Información recopilada de diagnóstico médico: Síntomas de diabetes más una determinación de glucemia al azar > 200 mg/dl en cualquier momento del día. Glucemia en ayunas >= 126 mg/dl. Debe ser en ayunas de al menos 8 horas. Glucemia >= 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa. (La sobrecarga oral de glucosa debe seguir las normas de la OMS). Hemoglobina Glucosada (HbA1c mayor o igual de 6,5 %).	Diabetes tipo I	Glucosa basal	Ordinal	Rango referencial 70 - 100 mg/dl	Resultado 120 mg/dl
			Diabetes tipo II	Glucosa basal		Rango referencial 110 - 128 mg/dl	Resultado 135 mg/dl
			Diabetes Gestacional	Glucosa basal		Rango referencial 95 - 180 mg/dl	Resultado 200 mg/dl

PRUEBA DE VALIDEZ DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

DIMENSIONES:

- A) Salud Física
- B) Salud Psicológica
- C) Relaciones Sociales
- D) Ambiente / entorno

La prueba de validez se realizó con el Coeficiente Alfa de Cronbach

RESULTADOS

Análisis de la Validez

Coeficiente Alfa de Cronbach

La prueba de confiabilidad se realizó mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, cuya fórmula es la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K = Numero de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítems

V_t = Varianza total (suma de los Ítems)

Tabla Nº 1. Resultados de la evaluación de expertos.

	Indicadores									Total, Fila
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Juez 1	90	100	95	95	90	100	90	90	100	850
Juez 2	100	90	90	100	90	95	90	90	95	840
Juez 3	100	90	85	90	95	100	90	90	90	830
Juez 4	100	90	90	95	95	100	100	90	95	850
Juez 5	95	100	85	90	90	100	95	90	95	840
Total Columna	485	470	445	470	460	495	465	450	470	4210
Promedio	97,00	94,00	89,00	94,00	92,00	99,00	93,00	90,00	94,00	842,00
Desviación Estándar	4,47	5,48	4,18	4,18	2,74	2,24	4,47	0,00	4,18	31,94
Varianza	20,00	30,00	17,50	17,50	7,50	5,00	20,00	0,00	17,50	70,00

$$\alpha = \frac{9}{9-1} \left[1 - \frac{15}{70} \right]$$

$$\alpha = 0,884$$

El valor obtenido del Alfa de Cronbach es **0,884** (Tabla Nº 1) el cual es alto y significa que el cuestionario WHOQOL-BREF tiene **MUY BUENA VALIDEZ**.

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)



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

**“DIABETES MELLITUS TIPO II Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL
ASENTAMIENTO HUMANO DEL DISTRITO DE SAN ANTONIO CHOSICA 2018.”**

Introducción

Siendo egresado de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende conocer **la relación entre la Diabetes miellitus tipo II Y Calidad de vida en adultos mayores del Asentamiento Humano del distrito de san Antonio Chosica** 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 facilitarían 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 miellitus 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?

Celular: Egresado:

E-mail:

Teléfono:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

E-mail:

Teléfono:

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 80 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 mellitus tipo II que asiste al programa de actividad física del centro especializado de rehabilitación profesional la victoria – lima 2016. Por lo que se busca es conocer la asociación con la percepción de su 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

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se obtuvo utilizando la fórmula estadística para poblaciones finitas siguiente:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

N= 760 (Población del 2016)

Z= 1,96 (Para un intervalo de confianza del 95%)

d=3,0% (precisión)

p= 0,05 (proporción esperada)

q= 0,95 (complemento de la proporción)

$$n = \frac{760 \times (1,96)^2 \times 0,05 \times 0,95}{(0,03)^2 \times (760 - 1) + (1,96)^2 \times 0,05 \times 0,95} = 160$$

Para la obtención de las 160 unidades muestrales, se utilizó el Muestreo Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: TRELLES YENQUE JUAN
 1.2 Cargo e institución donde labora: DECANO FMHYS
 1.3 Nombre del instrumento motivo de Evaluación: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Soto Agreda Nidia Yanina.

INDICADORES	CRITERIOS	Deficient e 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61- 80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					100
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología					85
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					90
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					95
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognitivas					100
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos de la Tecnología Educativa					90
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al Propósito del diagnostico					90

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 92%

Lima, 17 de 10 de 2018


 Firma del Experto Informante
 D.N.I. N° 256 00292

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: *Dra. Mariella Lupas Belluzza*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UPCH.*
 1.3 Nombre del instrumento motivo de Evaluación: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Soto Agreda Nidia Yanina.

INDICADORES	CRITERIOS	Deficient e 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					95%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					100%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología					85%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					90%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					90%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognoscitivas					100%
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos de la Tecnología Educativa					95%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al Propósito del diagnostico					95%

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Dpto. cable

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: *93%*.....

Lima, *18 oct.* de de 2018

M. Lupas

 Firma del Experto Informante
 D.N.I. N° *07626068*

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Flores León Diana Carolina
 1.2 Cargo e institución donde labora: Biologo - Investigador - Instituto Nacional de Salud
 1.3 Nombre del instrumento motivo de Evaluación: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Soto Agreda Nidia Yanina.

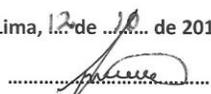
INDICADORES	CRITERIOS	Deficient e 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61- 80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					90%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					100%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología					95%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					95%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					90%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognitivas					100%
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos de la Tecnología Educativa					90%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al Propósito del diagnostico					100%

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 94%

Lima, 12 de 10 de 2018


 Firma del Experto Informante
 D.N.I. N° 43291121

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: *Samillán Soto, Victor.*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente - Investigador - UAP*
 1.3 Nombre del instrumento motivo de Evaluación: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Soto Agreda Nidia Yanina.

INDICADORES	CRITERIOS	Deficient e 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61- 80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					100%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología					90%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					100%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					90%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognitivas					95%
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos de la Tecnología Educativa					90%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al Propósito del diagnostico					95%

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *aplicable*

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: *93%*.....

Lima, *15* de *octubre* de 2018

.....
 Firma del Experto Informante
 D.N.I. N° *16709515*.....

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: *Pamela Evaristo Quijas*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Magister en Salud Pública - USP*
 1.3 Nombre del instrumento motivo de Evaluación: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF
 1.4 Autor del instrumento: Bach. Soto Agreda Nidia Yanina.

INDICADORES	CRITERIOS	Deficient e 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					100%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de ciencia y tecnología					90%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					95%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					95%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades cognoscitivas					100%
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-Científicos de la Tecnología Educativa					100%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al Propósito del diagnostico					90%

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: *94%*

Lima, *11* de *Oct.* de 2018

[Firma]

 Firma del Experto Informante
 D.N.I. Nº *746947146*