



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

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES
TIPO II QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE MEDICINA
FÍSICA “PIE DIABÉTICO Y AMPUTADOS” DEL HOSPITAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – LIMA 2016.**

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

GONZALES MEZA, GABRIELA ANTONIA

ASESOR: Lic. TM. CARPIO BARRIO DE MENDOZA, CECILIA.

Lima, Perú

2016

HOJA DE APROBACIÓN
GONZALES MEZA, GABRIELA ANTONIA

**“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO II
QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE MEDICINA FISICA “PIE
DIABETICO Y AMPUTADOS” DEL HOSPITAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN – LIMA 2016.”**

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

LIMA – PERÚ

2016

Se Dedicar este Trabajo:

Esta tesis es dedicada con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento mis queridos padres; así también a mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

**Se Agradece por su Contribución para el
Desarrollo de esta Tesis a:**

Dios por ser el pilar fundamental de todas mis acciones, permitiéndome ser mejor cada día y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. Al culminar este trabajo investigativo quedo agradecida al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen por permitirme aplicar mi instrumento de tesis, y por supuesto a cada una de las personas con Diabetes mellitus Tipo II que asisten al Programa De Medicina Física “Pie Diabético Y Amputados” que se llevan mi gran admiración, afecto, respeto y amistad.

A mis padres y hermanos que siempre están a mi lado mostrándome su amor y comprensión. A mi tutora de tesis la Lic. TM. Carpio Barrio de Mendoza, Cecilia por su generosidad al darme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la aplicación de mi instrumento a los pacientes que asisten al Programa De Medicina Física “Pie Diabético Y Amputados.

Epígrafe:

En el movimiento está la vida y en la actividad reside la felicidad.

Aristóteles.

RESUMEN

La diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor impacto socio sanitario, no sólo por su alta prevalencia, sino también por las complicaciones crónicas que produce y por su elevada tasa de mortalidad. El tipo de estudio realizado fue descriptivo transversal, el objetivo fue conocer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de Medicina Física “Pie Diabético y Amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016. La población fue de 50 adultos mayores , se utilizó el Cuestionario WHOQOL-BREF que permitió medir calidad de vida; Los resultados muestran que la percepción con respecto a su Calidad de Vida, con porcentajes de 72% como regular, 16% como buena y 12% como deficiente, con respecto a la evaluación por dimensiones resalta la dimensión Salud Psicológica con un 50%; seguida de la dimensión de relaciones Sociales con un 48%, La dimensión Salud Física con un 47% y finalmente la dimensión Ambiente / Entorno con un 46%. Con respecto a la edad, el mayor porcentaje percibe su calidad de vida como regular y en el rango de edades de 70 a 79 años con 32%, con respecto a Calidad de Vida por Sexo destaca el femenino que percibe su calidad de vida como regular con un 40%, Con respecto a la Calidad de Vida por Nivel Socioeconómico los resultados muestran que los pacientes pertenecen al NSEB y perciben su calidad de vida como regular con un 52%, Con respecto a la Calidad de Vida por Grado de Instrucción los pacientes con secundaria perciben su calidad de vida como regular con un 30%. Con respecto a la Calidad de Vida por Patologías Asociadas la percepción es regular en pacientes con hipertensión arterial con un 28%, Con respecto a Calidad de Vida por Fármacos Administrados la percepción es regular en pacientes que consumen hipoglucemiantes con un 31%.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, calidad de vida, funcionalidad, percepción.

SUMMARY

Diabetes mellitus is one of the diseases with great impact, not only because of its high prevalence, but also for chronic complications and its high mortality rate. The type of study was cross-sectional descriptive, the objective was to determine the frequency of quality of life in older adults with type II diabetes who attend the program of physical medicine "and amputees diabetic foot" of Guillermo Almenara Irigoyen Hospital Lima 2016. The population it was 50 seniors, the WHOQOL-BREF questionnaire that allowed measure quality of life was used; The results show that the perception regarding their quality of life, with percentages of 72% as fair, 16% as good and 12% as poor, with regard to evaluation by dimensions highlights the Psychological Health dimension with 50%; followed by the dimension of social relations with a 48% Physical Health dimension with 47% and finally the dimension Environment / Environment 46%. With respect to age, the highest percentage perceive their quality of life as fair and in the age range of 70 to 79 years with 32%, with respect to Quality of Life for Sex highlights the women who perceived their quality of life as a regular with 40%, with respect to the quality of life by socioeconomic level results show that patients belong to NSEB and perceive their quality of life as a regular with 52%, with respect to the quality of life for Grade Instructional patients secondary perceive their quality of life as a regular with 30%. With regard to the quality of life associated pathologies perception is regular in patients with hypertension with 28%, with respect to Quality of Life for Drug Administered perception is regular in patients taking hypoglycemic with 31%.

Keywords: Diabetes Mellitus, quality of life, functionality, perception.

ÍNDICE

PORTADA.....	1
HOJA DE APROBACIÓN.....	2
DEDICATORIA:.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
EPÍGRAFE:	5
RESUMEN	6
SUMARY	7
LISTA DE TABLAS.....	10
LISTA DE FIGURAS.....	11
INTRODUCCION	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1. Planteamiento del Problema:	13
1.2. Formulación del Problema:.....	17
1.2.1. Problema General:.....	17
1.2.2. Problemas Específicos:	17
1.3. Objetivos:	18
1.3.1. Objetivo General:.....	18
1.3.2. Objetivos Especifico	18
1.4. Justificación :.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	21
2.1. Bases Teóricas:.....	21
2.1.1 Definición e Diabetes Mellitus (DM).....	21
2.1.2 Insulina	22
2.1.3 Tipos de Diabetes Mellitus.....	23
2.1.4 Síntomas más comunes de la Diabetes Mellitus:	26
2.1.5 Complicaciones de la Diabetes Mellitus:	27
2.1.6 Calidad de vida en el paciente con Diabetes Mellitus.....	29

2.2	Antecedentes:	30
2.2.1	Antecedentes Internacionales:.....	30
2.2.2	Antecedentes Nacionales:	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....		34
3.1.	Diseño del Estudio:	34
3.2.	Población:.....	34
3.2.1.	Criterios de Inclusión:	34
3.2.2.	Criterios de Exclusión:	34
3.3.	Muestra:	35
3.4.	Operacionalización de Variables:	36
3.5.	Procedimientos y Técnicas:.....	37
3.6.	plan de Análisis de Datos:	40
4.1	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	41
4.2.	Discusión de Resultados:.....	59
4.3.	Conclusiones:.....	63
4.4.	Recomendaciones:	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		66
ANEXO N° 1		69
ANEXO N° 2		72
ANEXO N° 3.....		73
MATRIZ DE CONSISTENCIA		75

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Edad promedio de la muestra.....	41
Tabla N° 2: Grupo Etnico de la muestra	41
Tabla N° 3: Sexo de la muestra.....	42
Tabla N° 4: Grado de instrucción de la muestra	43
Tabla N° 5: Nivel socioeconómico de la muestra	44
Tabla N° 6: Tiempo de padecimiento de la diabetes de la muestra.....	45
Tabla N° 7: Patologías asociadas que padecía de la muestra	46
Tabla N° 8: Fármacos administrados a la muestra.....	47
Tabla N° 9: Percepción Calidad de vida de la muestra	48
Tabla N° 10: Estado de Salud de la muestra.....	49
Tabla N° 11: Calidad de vida - Promedio de la muestra por dimensiones.....	50
Tabla N° 12: Calidad de vida por niveles de la muestra	51
Tabla N° 13: Calidad de vida de la muestra por edad	52
Tabla N° 14: Calidad de vida de la muestra por sexo.....	53
Tabla N° 15: Calidad de vida de la muestra por Nivel Socioeconómico	54
Tabla N° 16: Calidad de vida de la muestra por Grado de Instrucción	55
Tabla N° 17: Calidad de vida de la muestra por Patologías Asociadas.....	57
Tabla N° 18: Calidad de vida de la muestra por Fármacos Administrados.....	58

LISTA DE FIGURAS

Gráfico N° 1: Edad Etárea de la muestra.	42
Gráfico N° 2: Sexo de la muestra	43
Gráfico N° 3: Grado de instrucción de la muestra	44
Gráfico N° 4: Nivel socioeconómico de la muestra.....	45
Gráfico N° 5: Tiempo de duración de la diabetes de la muestra	46
Gráfico N° 6: Patologías asociadas que padecía de la muestra.....	47
Gráfico N° 8: Fármacos administrados a la muestra	48
Gráfico N° 8: Percepción de la Calidad de Vida de la muestra	49
Gráfico N° 9: Satisfacción del Estado de salud de la muestra.....	50
Gráfico N° 10: Puntuación promedio de la muestra por dimensiones	51
Gráfico N° 12: Calidad de vida de la muestra por edad.....	53
Gráfico N° 13: Calidad de vida de la muestra por sexo	54
Gráfico N° 14: Calidad de vida de la muestra por Nivel Socioeconómico	55
Gráfico N° 15: Calidad de vida de la muestra por Grado de Instrucción	56
Gráfico N° 16: Calidad de vida de la muestra por Patologías Asociadas	58
Gráfico N° 17: Calidad de vida de la muestra por Fármacos Administrados	59

INTRODUCCION

Diabetes Mellitus tipo 2 es uno de los principales problemas de salud pública a nivel global, considerada en la actualidad como una pandemia de enormes proporciones por su magnitud ascendente, pero también por el alto costo social y económico, que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece. La incidencia continúa creciendo a un ritmo sin precedentes de 171 millones en el 2004 a 366 millones en el 2030, es imperativo tomar medidas en la mejora de la atención de los pacientes además de crear ambientes saludables y cambios sociales que lleven a todo paciente de diabetes a tener una mejor calidad de vida. Gran parte del trabajo en la mejora de resultados de la diabetes se ha centrado en la atención clínica, hay un creciente reconocimiento de que la diabetes es un problema de salud pública que también requiere un enfoque de salud pública que son complementarios a lo que se puede hacer en la atención clínica por lo tanto se necesita un enfoque de salud pública para la diabetes como “una perspectiva amplia y multidisciplinaria que se ocupa de mejorar los resultados en todas las personas que tienen (o están en riesgo de la diabetes, con especial atención a la equidad y el uso más eficiente de recursos en formas que mejoren la calidad de vida de los pacientes. La diabetes ejerce un efecto enorme en la enfermedad y la muerte, y un cambio significativo en la calidad de vida para aquellos con la enfermedad. Puede estar asociada con complicaciones graves y muerte prematura. A largo plazo las consecuencias de la diabetes incluyen dificultades de salud, tales como daños a la retina, daño al corazón, problemas circulatorios y renales, la disminución de la calidad de vida, mayor uso de servicios de salud y mayor probabilidad de hospitalización así Como el aumento de complicaciones. Además, las personas con diabetes informan a menudo restricciones de la actividad, y con menos probabilidad de tener buena salud, en comparación con individuos no diabéticos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

La Diabetes Mellitus se considera un problema de salud pública, cuyo impacto en términos económicos, sociales y en la calidad de vida, la convierte en una prioridad mundial; teniéndose en cuenta que entre el 85 y 90% de las personas con esta patología, presentan DM tipo 2 (1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en 2011 se registraron más de 346 millones de personas con Diabetes Mellitus (DM) en el mundo, cifra que era esperada para el 2025; en el 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de esta enfermedad y en el 2014 la prevalencia mundial fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años; asimismo, más del 80% de las muertes por esta patología se registra en países de ingresos bajos y medios; de acuerdo a sus proyecciones en el 2030, la DM será la séptima causa de mortalidad. Además, manifiesta que en Latinoamérica existen 15 millones de personas con DM, aumentándose a los 20 millones en los próximos 10 años; mientras que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estima que la prevalencia podría llegar a 83 millones para el 2030 (3,4).

A nivel mundial se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas por complicaciones de la Diabetes Mellitus. Las principales enfermedades que se asocian en estos pacientes son la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica. Es preciso mencionar, que el 25% de las personas con insuficiencia renal crónica son diabéticos y que alrededor de 26% de los diabéticos presentan retinopatías de los cuales el 2 a 3% llegan a la ceguera afectando su calidad de vida. La prevalencia de diabetes mellitus es mayor en los países desarrollados que en los de vía de desarrollo; no obstante, el incremento

proporcional será mayor en países en vías de desarrollo. Esta enfermedad predomina en el sexo femenino y es más frecuente en personas con edades de 45 a 64 años (4-6).

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

En América latina, la mortalidad por DM en menores de 50 años fue de 22 000 casos en el 2007, aunque su causa fue multifactorial, pudo evitarse con un diagnóstico oportuno, apego al tratamiento prescrito y cambios en el estilo de vida. En un reciente informe de la OMS se destacan diversas cifras de prevalencia de diabetes tipo 2 en América Latina y el Caribe, así tenemos que en Canadá el coste anual por la Diabetes Mellitus tipo 2 es de 7-10 billones de dólares (4, 7,10). En Estados Unidos, en el 2004 los casos diagnosticados de diabetes alcanzaron el 5.9% de la población total, con predominio de la raza afroamericana, mexicanoamericana e hispana. En el 2012, el 14 % del costo sanitario anual se dedicó al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II y a sus

complicaciones tardías, además la DM afecta a 12 % de los adultos de 40 -74 años (5, 7,11).

En Cuba, la DM ocupó el séptimo lugar en el año 2000 con 1490 defunciones, con el mayor peso en Ciudad de La Habana con 437 defunciones y una tasa de 19,9. En este mismo país, en el año 2004 la prevalencia de DM fue de 30 por cada 1000 habitantes, existiendo un 2,3% del total de fallecidos por esta enfermedad y en el 2005 se incrementó a casi 32 por cada 1000 habitantes; estas cifras aumentarían a medida que lo haga el promedio de vida del hombre. Además, se afirma que la incidencia de esta enfermedad entre los hipertensos es de un 29,1 x 1 000 individuos por año. Desde el otro punto de vista, la HTA se presenta en el 20-40 % de los pacientes con tolerancia alterada a la glucosa, en un 30-50 % de los DM 2 y en el 40 % del tipo 1 (5, 12,13).

En México, en el 2003 la diabetes representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años. En 2009, ocupó el 2º lugar a nivel mundial con 6 millones de personas diagnosticadas y 1000 casos nuevos por año; estimándose que en el 2018 ocuparía el primer lugar. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), clasificada dentro de las denominadas enfermedades cronicodegenerativas, es una de las principales causas de morbimortalidad con serias repercusiones en la calidad de vida. Según registros de los centros hospitalarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señalan que la DM2 ocupa entre la segunda y tercera causa de los egresos hospitalarios, siendo la tercera o cuarta causa de demanda en consulta externa. La DM es la causa más frecuente de ceguera, insuficiencia renal terminal, amputaciones no traumáticas e incapacidad prematura en este

país, afectando la calidad de vida. Actualmente, la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 es del 8%, donde aproximadamente uno de cada 10 pacientes presentan la enfermedad antes de los 40 años de edad y aproximadamente un 50 % consumen alcohol, según la Encuesta Nacional de Adicciones (4,14-16).

En Argentina (2000), se estimaron 1426000 diabéticos y este número llegaría a 2457000 en el año 2030. Según la Federación Internacional de diabetes, señala que en el 2007 se presentaron 24.952 casos de diabetes en las personas con edades de 20 a 79 años (17).

Con respecto a Chile, se encuentra en el grupo de países con las mayores prevalencias de diabetes en poblaciones adultas junto a Argentina y Uruguay, con valores entre 6,1 y 8,1%. Además, en Brasil, Venezuela, Colombia y Cuba la prevalencia de diabetes fue estimada entre 5,1 y 6,0%, mientras que en Bolivia, Paraguay, Ecuador, Panamá, Costa Rica y Guatemala 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 (10).

En el Perú, la prevalencia de diabetes es de 1 a 8% de la población general, encontrándose a los departamentos de Piura y Lima con niveles alrededor de 7,04% lo que nos indica que son los más afectados. En el Hospital II ESSALUD-Cañete, se atiende a 644 pacientes con diabetes mellitus, los cuales representan el 1.6% de la población atendida en dicho hospital. En la actualidad la DM afecta a más de un millón de peruanos y menos de la mitad han sido diagnosticados (11, 18,20). Por lo ya mencionado, es importante conocer la calidad de vida de los pacientes con DM2, lo cual nos permitirá planificar las intervenciones necesarias ante las necesidades identificadas y

estar en condiciones de evaluar el impacto de las acciones tomadas.

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto a la edad?
- ¿Cuál es la frecuencia calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al sexo?
- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al nivel socioeconómico?
- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen–

Lima 2016 con respecto a las patologías asociadas?

- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al tipo de Fármacos administrados al día?
- ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al grado de instrucción?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Conocer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016.

1.3.2. Objetivos Especifico

- Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto a la edad.

- Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al sexo.
- Establecer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al nivel socioeconómico.
- Establecer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto a las patologías asociadas.
- Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al tipo de Fármacos administrados al día.
- Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al grado de instrucción.

1.4. Justificación :

La Diabetes por ser una enfermedad crónica no transmisible repercute en la calidad de vida del paciente y de los familiares cercanos. En Latinoamérica en el año 2009 la prevalencia fue de 40,4 x 1000 habitantes, la que aumenta con la edad; fue la octava causa de muerte en países tercermundistas, con 2370 defunciones y en el grupo de 60 - 69 años ocupa la cuarta causa de muerte con 589 defunciones a nivel nacional. Por ello la finalidad de esta investigación es Conocer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016. ya que las complicaciones ejercen un impacto adverso sobre la red social, la economía del anciano y de su hogar, así como sobre la sociedad en general y los 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 este 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.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

2.1.1 Definición e Diabetes Mellitus (DM)

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

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

sangre aumenta, en un inicio solo después de ingerir alimentos y después aumentara aunque la persona esté en ayuno. La mayor parte de las enfermedades crónicas y degenerativas, como la DM, resulta de la interacción de factores genéticos y de diversos factores ambientales (2, 5, 15,22)

La importancia del abordaje de esta enfermedad viene determinada por las predicciones de la OMS sobre el aumento de la cantidad de personas diagnosticadas con DM en un corto periodo de tiempo, por su influencia de morbimortalidad de la población y por el coste sanitario debido a su evolución y al desarrollo de complicaciones a largo plazo (7).

2.1.2 Insulina

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

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

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

2.1.3 Tipos de Diabetes Mellitus

2.1.3.1 Diabetes Mellitus tipo 1

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

trastornos visuales y cansancio. Usualmente, se presenta en niños y adultos jóvenes menores de 30 años; sin embargo, cada día se le reconoce un mayor papel en las personas que tienen más de 30 años (3,7,20,21,26).

2.1.3.2 Diabetes Mellitus tipo 2

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

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

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

- Sobrepeso y obesidad
- Sedentarismo

- Familiares de primer grado con diabetes
- Edad mayor a los 65 años
- Hipertensión arterial
- Dislipidemias
- Sexo femenino (23,29).

2.1.3.3 Diabetes gestacional

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

Factores de riesgo de la Diabetes gestacional:

- Edad materna mayor a 30 años.
- Historia obstétrica pasada: pasado de diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva específica del embarazo, abortos a

repetición, neomortalidad fetal, macrosomía y malformaciones fetales.

- Uso de medicamentos con acción hiperglucemiante.
- Obesidad central IMC >30.7
- Historia familiar de diabetes especialmente entre los familiares de 1º grado (29).

2.1.3.4 Otros tipos específicos de diabetes:

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

2.1.4 Síntomas más comunes de la Diabetes Mellitus:

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

2.1.5 Complicaciones de la Diabetes Mellitus:

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

2.1.5.1 Complicaciones agudas

- **Cetoacidosis diabética:** Se produce como consecuencia de un déficit relativo o absoluto de insulina que cursa con hiperglucemia generalmente superior a 300 mg/dl, cetonemia con cuerpos cetónicos totales en suero superior a 3 mmol/l, acidosis con pH inferior a 7,3 o bicarbonato sérico inferior a 15 meq/l. Ocasiona hospitalización en 13 a 86 de cada 1000 pacientes diabéticos hospitalizados, con una mortalidad en pacientes jóvenes de 2 a 5 % y 22 % en mayores de 65 años.
- **Estado hiperosmolar no cetósico:** Es más frecuente en pacientes de edad media o avanzada con diabetes mellitus tipo 2 y tiene un peor pronóstico que la cetoacidosis (30,31).

2.1.5.2 Complicaciones crónicas:

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

- **Complicaciones microvasculares:**

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

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

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

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

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

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

- **Complicaciones macrovasculares:**

Engloba al conjunto de lesiones vasculares que afecta a grandes y medianas arterias pudiéndose desarrollar a largo plazo, como

consecuencia de alteraciones específicas de la enfermedad y aceleración del proceso arterioesclerótico cuyos factores patógenos implicados son la glicosilación no enzimática de las proteínas, hiperglucemia y lesiones específicas de la pared vascular. Dentro de las complicaciones macrovasculares tenemos:

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

2.1.6 Calidad de vida en el paciente con Diabetes Mellitus.

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

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

Enfrentarse a una enfermedad crónica como es la diabetes, constituye un reto importante en la vida del paciente. Es necesario que el paciente modifique sus hábitos, elimine conductas riesgosas para su salud y

adquiera nuevos comportamientos que favorezcan una mejor calidad de vida, los cuales no serán fáciles de asumir. Es primordial que el paciente se adhiera al tratamiento, que entienda lo que significa ser portador de la enfermedad y las potenciales complicaciones a las que está expuesto. Una diabetes mal controlada puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad (18, 34,36).

2.2 Antecedentes:

2.2.1 Antecedentes Internacionales:

Estudio realizado en España. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Estudio observacional transversal. Se seleccionaron a 95 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. 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). Comparando los datos con la población general >60 años, sólo dos conceptos de Salud General y Rol Emocional están igualados a los valores de referencia. Respecto a las tasas de respondedores a algún problema en las dimensiones del EQ-5D, destaca la dimensión Ansiedad/Depresión con un 43%. El valor de la escala visual analógica en los pacientes diabéticos es de 64,6. Por lo tanto este trabajo aumenta la evidencia de que la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. (8).

Estudio realizado en Chile (2011). Auto reporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. Estudio descriptivo transversal, el Objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, se aplicó un cuestionario de calidad de vida Quality of Life (DQOL) a 296 pacientes con diabetes mellitus de 63 ± 10 años de edad, (201 mujeres). Los Resultados muestran que la preocupación por los efectos futuros de la diabetes fue el peor dominio evaluado. Las mujeres perciben una menor calidad relacionada con la salud, con respecto a la percepción de la vida que los hombres. Hubo una correlación inversa entre la edad y la satisfacción con el tratamiento, la preocupación profesional, social y efectos futuros de la enfermedad. (38).

Estudio realizado en Cuba (2016). Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. Estudio correlacional de corte transversal, realizado entre enero y mayo de 2015. El universo estuvo constituido por 200 pacientes de dos instituciones de salud del estado Yaracuy-Venezuela. Finalmente quedó una muestra intencional de 80 pacientes (46 hombres y 34 mujeres) que reunieron los criterios de selección establecidos y respondieron de manera voluntaria y previo consentimiento informado la escala de autoeficacia generalizada y el cuestionario Diabetes-39 que mide la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados muestran que la autoeficacia generalizada presentó asociación con la calidad de vida relacionada con la salud ($r= -0,480$; $p=$

0,01), con las dimensiones energía y movilidad ($r = -0,315$; $p = 0,01$), control de la diabetes ($r = -0,409$; $p = 0,01$) y la sobrecarga social ($r = -0,457$; $p = 0,01$). Además, se encontró diferencia significativa en la autoeficacia según el sexo. Por lo que se concluye que los resultados sugieren que a medida que los pacientes tengan un sentimiento de confianza para afrontar situaciones de la vida de manera eficaz, se verá menos afectada la energía y la movilidad, el control de la diabetes, la sobrecarga social y por consiguiente, su calidad de vida relacionada con la salud. (39).

2.2.2 Antecedentes Nacionales:

Un estudio realizado en Lima-Perú. (2008) Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Se realizó un estudio cualitativo para medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Material y métodos: Se realizaron entrevistas individuales que fueron grabadas y transcritas; y posteriormente interpretadas y calificadas. Se recogieron de las historias clínicas datos demográficos, complicaciones y tratamiento para contrastarlas con las respuestas dadas. Se incluyeron 31 pacientes. Los Resultados muestran que la edad promedio fue 59,16 años. En 4 pacientes (12,9 %) el nivel de conocimiento sobre la enfermedad fue adecuado, en 15 (48,39 %) intermedio y en 12 (38,71 %) inadecuado. No se halló asociación estadística entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables estudiadas. Conclusiones: El nivel de conocimientos sobre la diabetes en

estos pacientes fue insuficiente. La información obtenida sugiere una educación deficiente de parte de los médicos hacia estos pacientes, lo que hace necesario implementar los programas educativos para ellos (18).

Estudio realizado en el Perú en el año 2010. Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. El Objetivo fue determinar factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. Se utilizó el cuestionario (SF-36) y se incluyeron 70 pacientes diabéticos y 140 no diabéticos admitidos por un evento coronario agudo en la Unidad Coronaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre diciembre 2006 y diciembre 2007. Los resultados muestran que ambos grupos de estudio tuvieron, en general, similares características basales. En la estimación de la calidad de vida global, los pacientes diabéticos tuvieron índices significativamente menores de percepción solamente en el componente sumario físico. Se construyeron modelos de regresión lineal múltiple entre ambos componentes sumario de la CVRS y las variables de estudio, identificándose la edad avanzada, el género femenino y la diabetes mellitus como los principales factores asociados a la CVRS. (19)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.

3.2. Población:

La población objeto de estudio estuvo constituida por todos los Adultos Mayores con Diabetes tipo II que asisten al Programa de Pie Diabético y Amputados del servicio de medicina física, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2016. (N=60).

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Adultos Mayores con diagnóstico confirmado de diabetes tipo II.
- Adultos Mayores cuyo rango de edades comprenden 40 a 89 años de edad.
- Adultos Mayores de ambos sexos.
- Adultos Mayores que asisten al Programa de Pie Diabético y Amputados del servicio de medicina física, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
- Adultos Mayores que acepten participar de este estudio previa firma del consentimiento informado (ver anexo 3).

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Adultos Mayores sin diagnóstico confirmado de diabetes tipo II.
- Adultos Mayores que no pertenecen al Servicio del Programa de Terapia Física Pie Diabético y Amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
- Adultos Mayores que no asistieron en la fecha y día programados a la evaluación.

- Adultos Mayores que no acepten participar de este estudio.
- Adultos Mayores con limitaciones físicas y visuales.
- Adultos Mayores con discapacidades que impidan realizar la evaluación.
- Adultos Mayores que no colaboraron con la evaluación.

3.3. Muestra:

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección. Se utilizará o empleará el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple. Estará constituida por todos los Adultos Mayores con Diabetes tipo II que asisten al Programa de Pie Diabético y Amputados del servicio de medicina física, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2016. (N=50).

3.4. Operacionalización de Variables:

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Calidad de vida	Percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de valores en que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.	Cuestionario de Whoqol-Bref	Ordinal Cualitativa.	Deficiente: 28 a 47 Regular: 48 a 54 Buena: 54 a 59 Muy buena: 59 a 65. Excelente: 65 a 93.
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO
Edad	Tiempo de vida en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 40 a 85.
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Binaria	Masculino-femenino
Patologías Asociadas.	Grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia	Ficha de recolección de datos	Discreta	Hipertiroidismo Hipertensión arterial Artritis Osteoporosis Demencia senil Depresión
Nivel socioeconómico.	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona	Ficha de recolección de datos	Discreta	NSE A NSE B NSE C
Grado de instrucción.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Ficha de recolección de datos	Discreta	Educación Básica o inicial Educación primaria Educación secundaria Educación superior
Fármacos administrados al día.	Fenómeno habitual que concierne a la práctica médica.	Ficha de recolección de datos	Discreta	Antihipertensivos Hipnóticos Antidepresivos Neurolépticos Diuréticos Hipoglucemiantes

3.5. Procedimientos y Técnicas:

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas al Servicio del Programa de Terapia Física Pie Diabético y Amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2016. (N=60). Para poder realizar la evaluación respectiva a los adultos mayores con diagnóstico confirmado de diabetes tipo II en el lugar ya mencionados con el fin de conocer la frecuencia de calidad de vida y posterior a este estudio poder crear un plan de intervención inmediato. Del mismo modo se registrarán datos importantes que favorecerán a este estudio mediante la ficha de recolección de datos.

Para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos se colocaran en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Cada formulario tendrá un código correspondiente al nombre del participante y será almacenado en una base de datos digital; solo el investigador tendrá acceso a esta información.

Cuestionario de WHOQOL-BREF

Descripción:

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

El cuestionario WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 que consta de 26 ítems, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y 2 preguntas globales; cada una con cinco categorías tipo Likert. Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, a mayor puntaje mejor será la calidad de vida. Además el test ha demostrado tener buena validez discriminante de contenido y confiabilidad de test- retest.

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

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

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

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

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

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

Además, este instrumento es de fácil comprensión y no necesita demasiado tiempo para contestarlo; lo cual lo hace factible. El tiempo para su aplicación es

15-20 minutos, a partir de su empleo se obtienen un perfil de la población y apreciación del contexto psicosocial.

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

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

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

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

Propiedades psicométricas

Fiabilidad

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

Validez

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

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

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

Puntuación del cuestionario de Whoqol-Bref

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

3.6. plan de Análisis de Datos:

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaron mediante el software SPSS versión 21, para calcular los diferentes estadígrafos: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector. Los resultados muestran que el 60% percibe su calidad de vida como normal en términos generales que el dominio más importante y con mayor porcentaje 50%

fue la salud psicológica.

RESULTADOS ESTADISTICOS

4.1 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Edad de la muestra

Tabla N° 1: Edad promedio de la muestra

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

Fuente: Elaboración propia.

La muestra, formada por 50 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II del Programa de Medicina Física “Pie Diabético y Amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, que fue evaluada respecto a la Calidad de Vida, presentaron una edad promedio de 67 años, una desviación estándar o típica de 11 años y un rango de edad que iba desde los 40 a 84 años.

Este rango de edades ha sido clasificado en cinco grupos etáreos que se muestran en la tabla N° 2.

Grupo Etáreo de la muestra

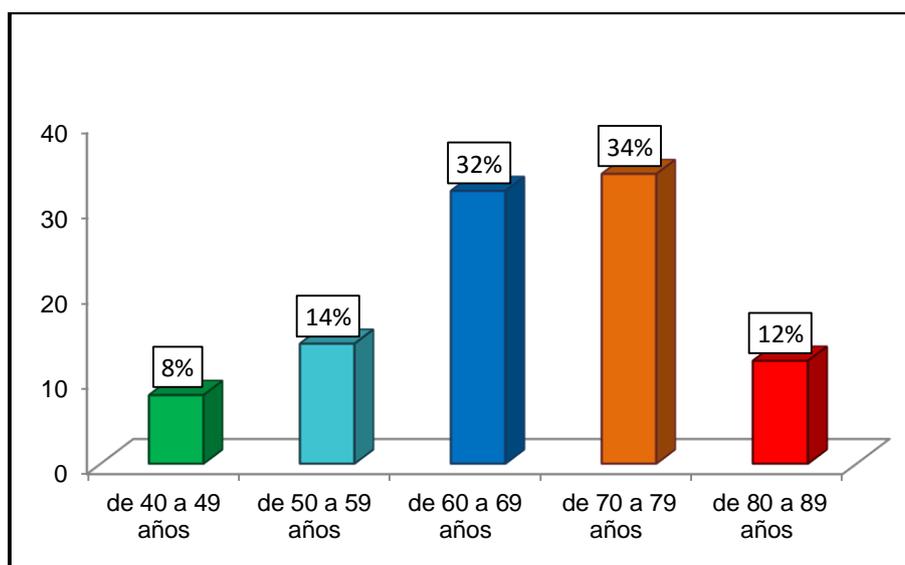
Tabla N° 2: Grupo Etáreo de la muestra

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

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la distribución etárea de la muestra (tabla N° 2), 4 pacientes tenían entre 40 a 49 años; 7 pacientes tenían entre 50 a 59 años; 16 pacientes tenían entre 60 a 69 años; 17 pacientes se encontraban en el grupo etáreo comprendido entre 70 a 79 años y 6 pacientes tenían entre 80 a 89 años. Se observa que la mayor parte de los pacientes tenían entre 60 y 79 años. Con un 34%.

Gráfico N° 1: Edad Etárea de la muestra.



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 1.

Sexo de la muestra

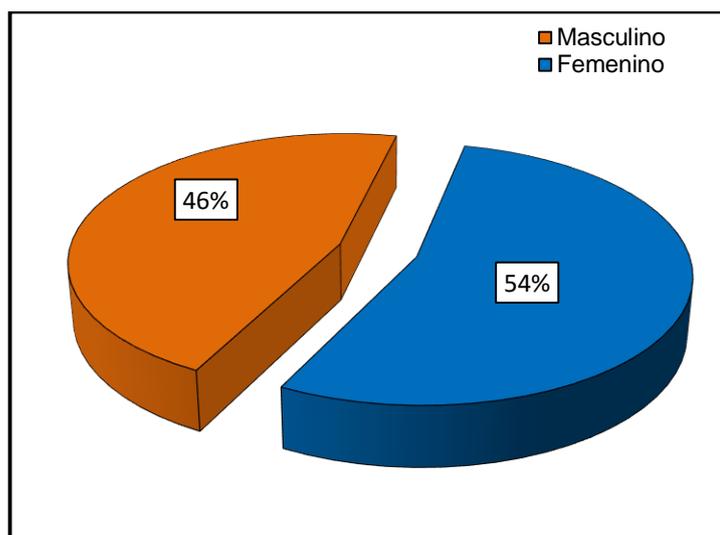
Tabla N° 3: Sexo de la muestra

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

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3 se observa que en la muestra, formada por 50 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II del Programa de Medicina Física “Pie Diabético y Amputados” del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, estuvo formada por 23 hombres y 27 mujeres. La mayor parte de la muestra eran mujeres. Con un 54,6%

Gráfico N° 2: Sexo de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 2.

Grado de instrucción de la muestra

Tabla N° 4: Grado de instrucción de la muestra

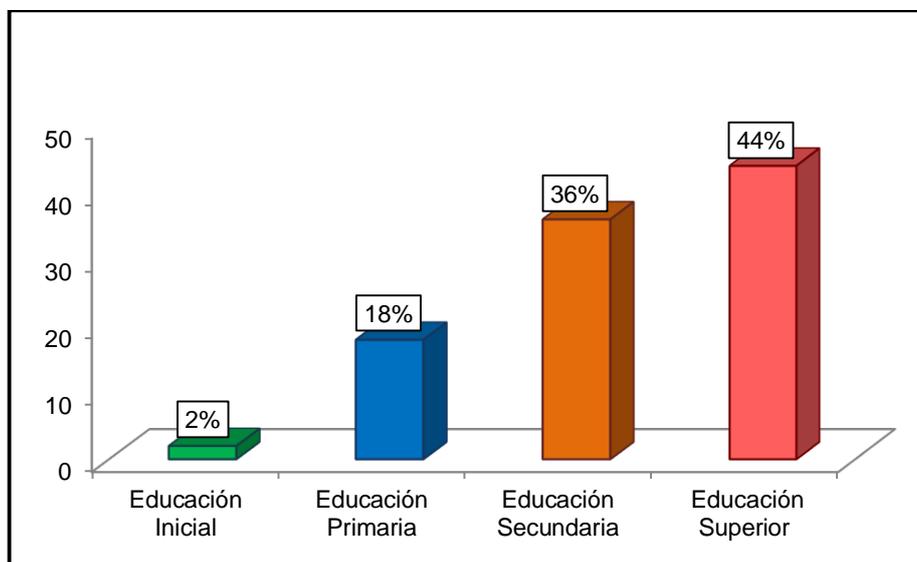
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Educación Inicial	1	2,0%	2,0%
Educación Primaria	9	18,0%	20,0%
Educación Secundaria	18	36,0%	56,0%
Educación Superior	22	44,0%	100,0%
Total	50	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 4 presenta el Grado de instrucción de la muestra. Solo un paciente tenía educación inicial; 9 pacientes tenían educación primaria; 18 pacientes tenían

educación secundaria y 22 pacientes tenían educación superior. La mayor parte de la muestra tenía educación superior. Con un 44,0%.

Gráfico Nº 3: Grado de instrucción de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico Nº 3.

Nivel Socioeconómico de la muestra

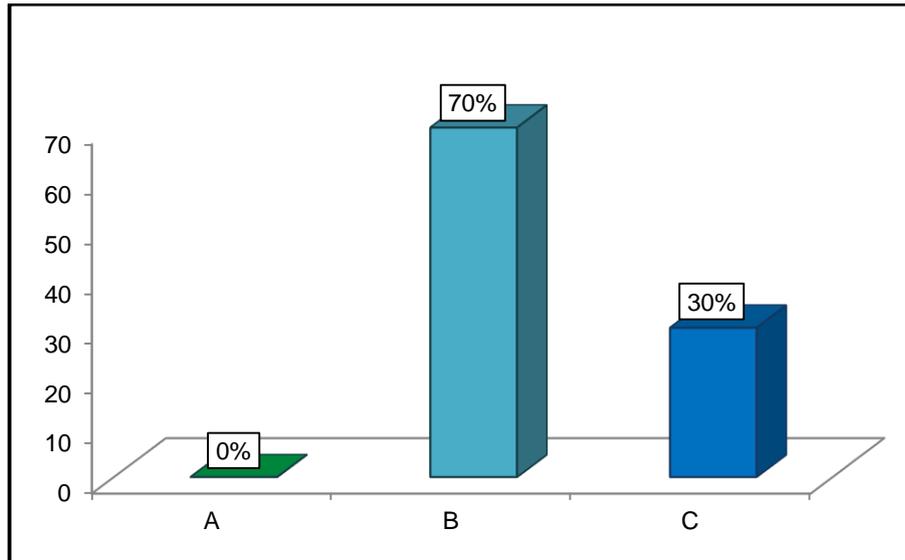
Tabla Nº 5: Nivel socioeconómico de la muestra

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

Fuente: Elaboración propia

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

Gráfico N° 4: Nivel socioeconómico de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 4.

Tiempo de padecimiento de la diabetes mellitus tipo II

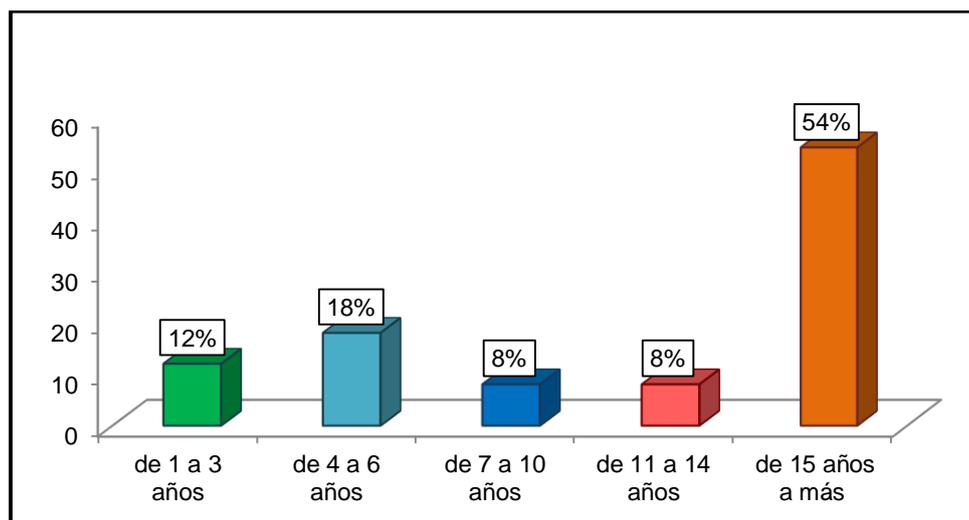
Tabla N° 6: Tiempo de padecimiento de la diabetes de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 1 a 3 años	6	12,0%	12,0%
de 4 a 6 años	9	18,0%	30,0%
de 7 a 10 años	4	8,0%	38,0%
de 11 a 14 años	4	8,0%	46,0%
de 15 años a más	27	54,0%	100,0%
Total	50	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Respecto al tiempo de padecimiento de diabetes mellitus tipo II de la muestra, 6 pacientes padecían de diabetes mellitus tipo II entre 1 a 3 años; 9 padecían de diabetes mellitus tipo II entre 4 a 6 años; 4 pacientes padecían de diabetes mellitus tipo II entre 7 a 10 años; 4 pacientes padecían de diabetes mellitus tipo II entre 11 a 14 años y 27 pacientes padecían de diabetes mellitus tipo II entre 15 años a más con un 54%.

Gráfico N° 5: Tiempo de duración de la diabetes de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 5.

Patologías asociadas que padecía la muestra

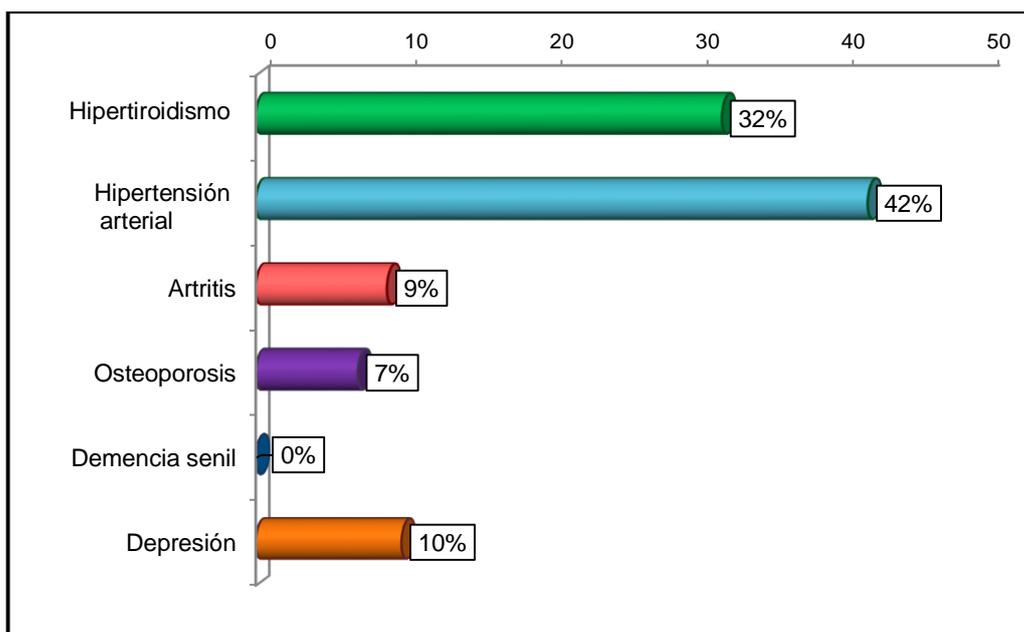
Tabla N° 7: Patologías asociadas que padecía de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hipertiroidismo	39	32,2%	32,2%
Hipertensión arterial	50	41,5%	73,7%
Artritis	11	9,1%	82,8%
Osteoporosis	9	7,3%	90,1%
Demencia senil	0	0,0%	90,1%
Depresión	12	9,9%	100,0%
Total	121	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 7 presenta las patologías asociadas que presentaba la muestra. 39 pacientes padecían de hipertiroidismo; 50 pacientes padecían de Hipertensión arterial; 11 pacientes padecían de artritis; 9 pacientes padecían de osteoporosis; ninguno padecían de demencia senil y 12 pacientes padecían de depresión.

Gráfico N° 6: Patologías asociadas que padecía de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 6.

Fármacos administrados a la muestra

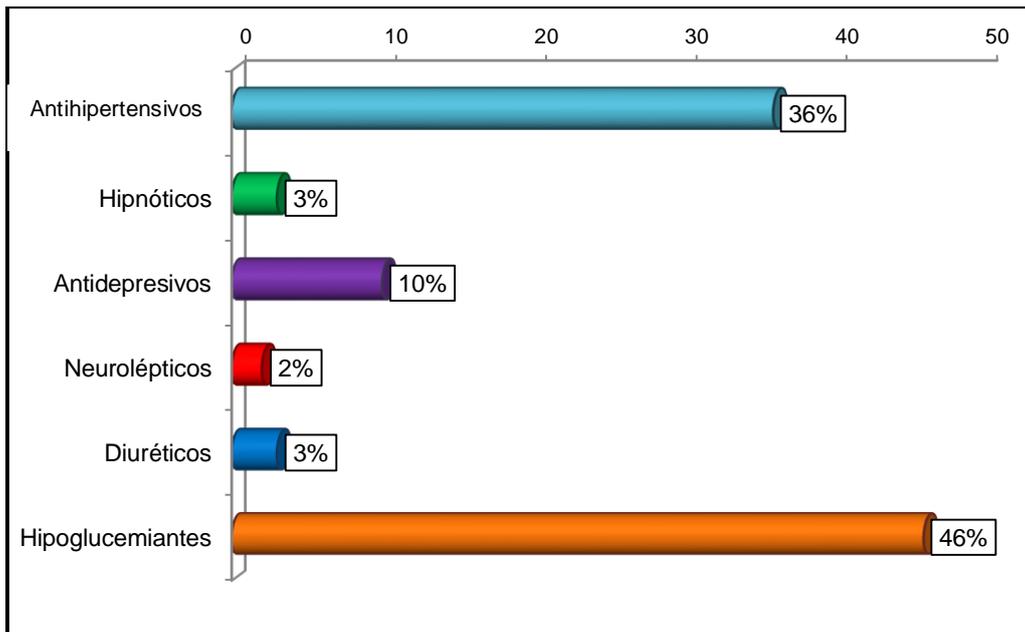
Tabla N° 8: Fármacos administrados a la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Antihipertensivos	39	35,8%	35,8%
Hipnóticos	4	3,5%	39,3%
Antidepresivos	11	10,2%	45,5%
Neurolépticos	2	1,8%	51,3%
Diuréticos	3	2,7%	54,0%
Hipoglucemiantes	50	45,8%	100,0%
Total	109	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 8 presenta el tipo de fármaco administrado a la muestra. A 39 pacientes les administraban Antihipertensivos diariamente; a 4 pacientes les administraban hipnóticos; a 11 pacientes les administraban antidepresivos; a 2 pacientes les administraban neurolépticos; a 3 pacientes les administraban diuréticos y a 50 pacientes les administraban hipoglucemiantes.

Gráfico N° 8: Fármacos administrados a la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 7.

CALIDAD DE VIDA EN TERMINOS DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life)

CALIDAD DE VIDA

Percepción de la Calidad de Vida

Tabla N° 9: Percepción Calidad de vida de la muestra

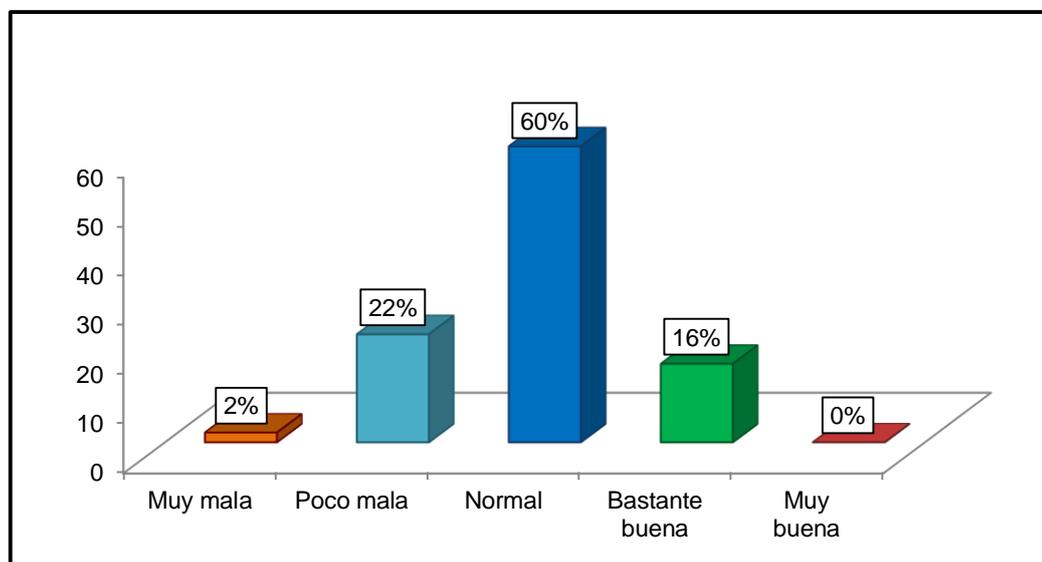
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy mala	1	2,0%	2,0%
Poco mala	11	22,0%	24,0%
Normal	30	60,0%	84,0%
Bastante buena	8	16,0%	100,0%
Muy buena	0	0,0%	100,0%
Total	50	100%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 9 presenta la percepción que tenía la muestra respecto a su Calidad de Vida. 1 paciente percibía que su salud era muy mala, 11 percibían que su salud era

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

Gráfico N° 8: Percepción de la Calidad de Vida de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 8.

Satisfacción con el Estado de Salud

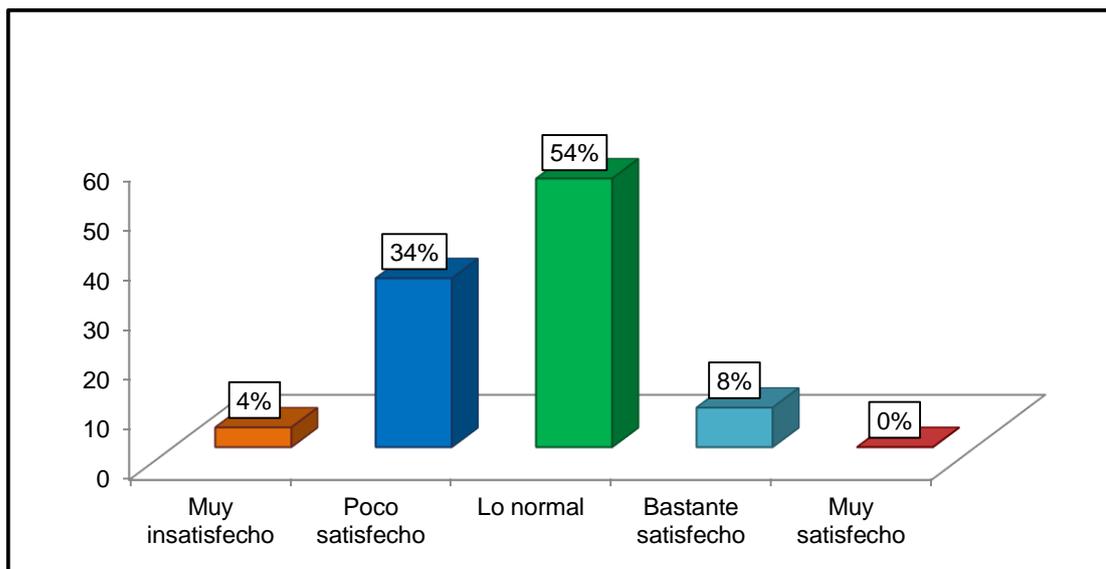
Tabla N° 10: Estado de Salud de la muestra

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

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 10 presenta el nivel de satisfacción respecto a su estado de Salud de la muestra. 2 pacientes estaban muy insatisfechos con su estado de salud; 17 estaban un poco satisfechos con su estado de salud; 27 percibían que su estado de salud era normal; 4 se encontraba bastante satisfecho con su estado de salud y ninguno se encontraba muy satisfecho con su estado de salud.

Gráfico N° 9: Satisfacción del Estado de salud de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 9.

Calidad de Vida por dimensiones - Puntuación Promedio

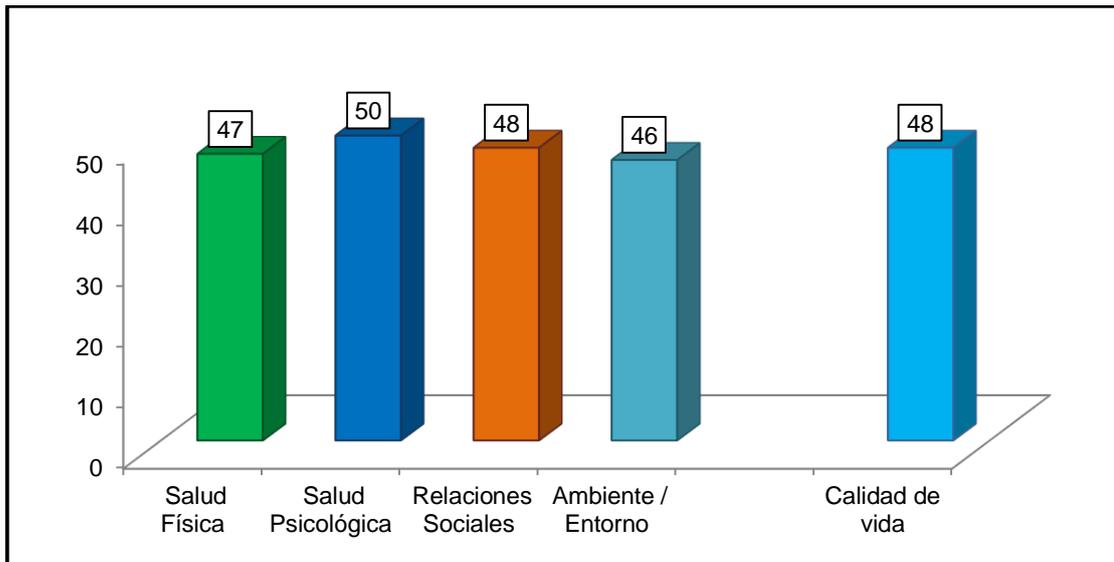
Tabla N° 11: Calidad de vida - Promedio de la muestra por dimensiones

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

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 11 presenta los resultados, en puntuaciones, de la evaluación de la Calidad de Vida por dimensiones de la muestra. La dimensión Salud Física presentó una puntuación promedio de 47; la dimensión Salud Psicológica presentó una puntuación promedio de 50; la dimensión Relaciones Sociales presentó una puntuación promedio de 48 y la dimensión Ambiente / Entorno presentó una puntuación promedio de 46.

Gráfico N° 10: Puntuación promedio de la muestra por dimensiones



Las puntuaciones correspondientes se muestran en el gráfico N° 10.

Calidad de Vida por Niveles de la muestra

Tabla N° 12: Calidad de vida por niveles de la muestra

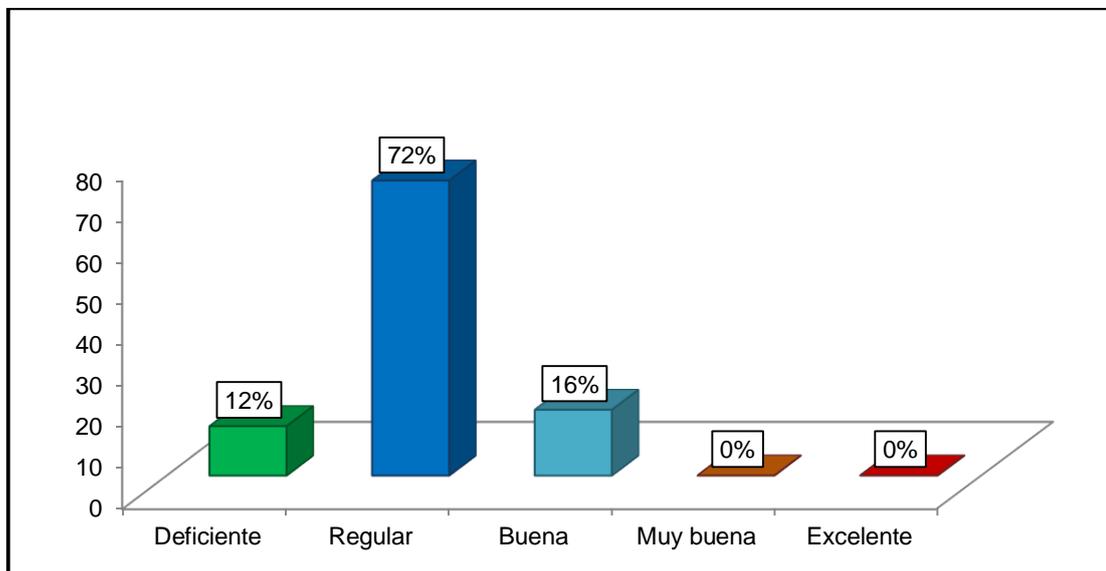
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deficiente	6	12,0%	12,0%
Regular	36	72,0%	84,0%
Buena	8	16,0%	100,0%
Muy buena	0	0,0%	100,0%
Excelente	0	0,0%	100,0%
Total	50	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 12 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra. 6 pacientes manifestaron que su salud física era deficiente; 36 manifestaron que su salud física era regular; 8 que su salud física era buena,

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

Gráfico N° 11: Calidad de vida por niveles de la muestra



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 11.

Calidad de Vida de la muestra por edad

Tabla N° 13: Calidad de vida de la muestra por edad

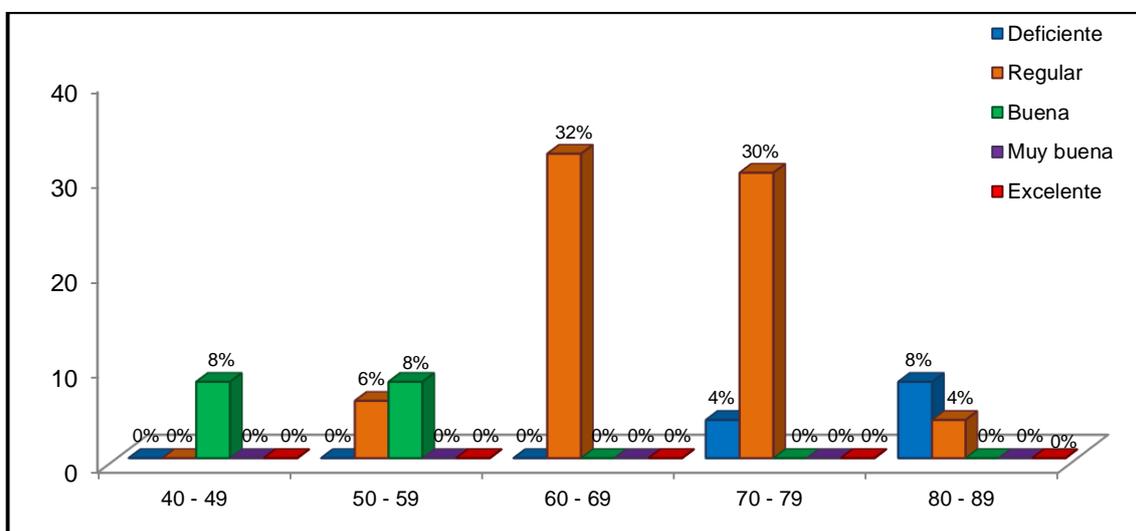
	Grupos Etáreos					Total
	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79	80 – 89	
Deficiente	0	0	0	2	4	6
Regular	0	3	16	15	2	36
Buena	4	4	0	0	0	8
Muy buena	0	0	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0	0	0
Total	4	7	16	17	6	50

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 13 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra por edad. Los 4 pacientes que tenían entre 40 y 49 años, manifestaron que su Calidad de Vida era buena. De los 7 los pacientes que tenían entre 50 y 59 años,

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

Gráfico N° 12: Calidad de vida de la muestra por edad



Los porcentajes se muestran en el gráfico N° 12.

Calidad de Vida de la muestra por Sexo

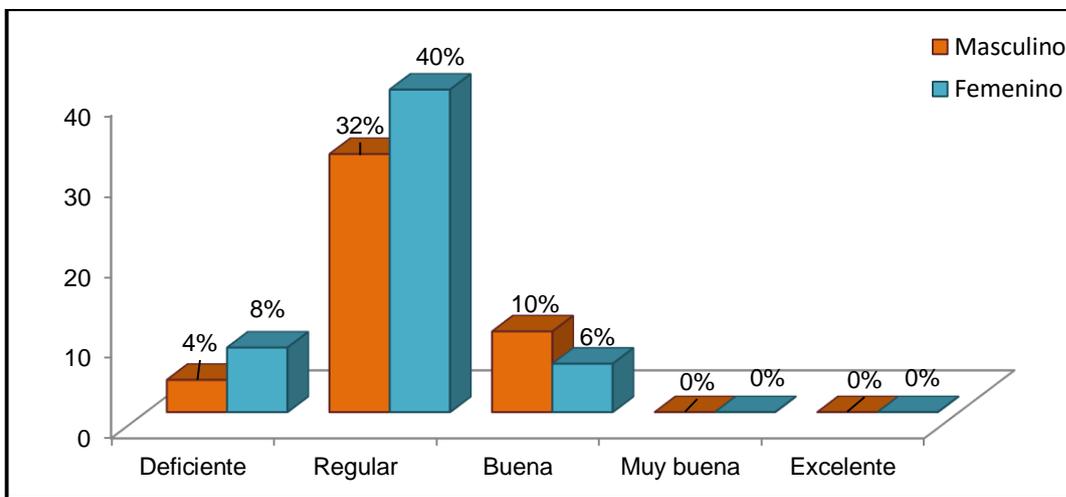
Tabla N° 14: Calidad de vida de la muestra por sexo

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

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 14 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra por sexo. De los 23 pacientes del sexo masculino, 2 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente, 16 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 5 manifestaron que su Calidad de Vida era buena. De los 27 pacientes del sexo femenino, 4 manifestaron que su Calidad de Vida deficiente, 20 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 3 manifestaron que su Calidad de Vida era buena.

Gráfico N° 13: Calidad de vida de la muestra por sexo



Los porcentajes se muestran en el gráfico N° 13.

Calidad de Vida de la muestra por Nivel Socioeconómico

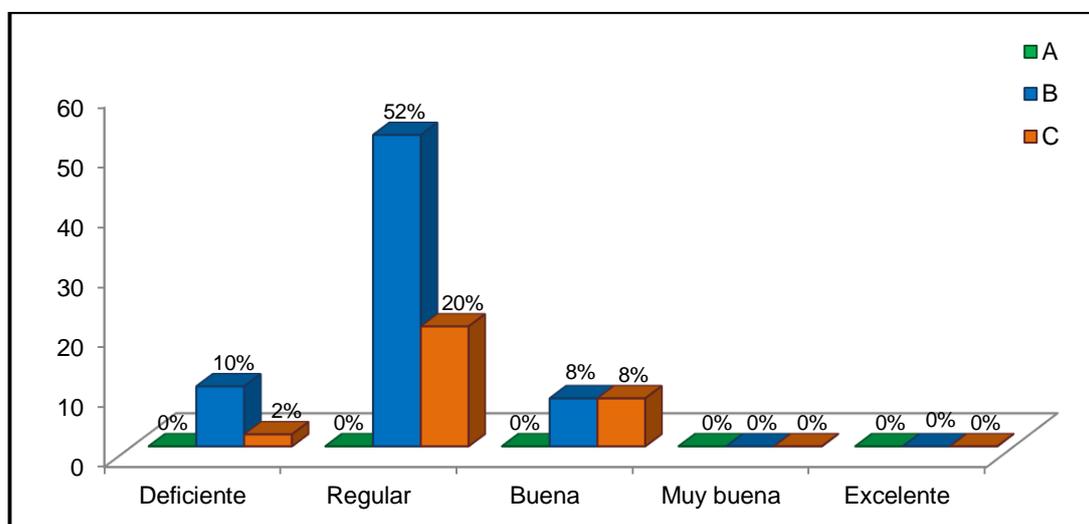
Tabla N° 15: Calidad de vida de la muestra por Nivel Socioeconómico

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

Fuente: Elaboración propia

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

Gráfico N° 14: Calidad de vida de la muestra por Nivel Socioeconómico



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 14.

Calidad de Vida de la muestra por Grado de Instrucción

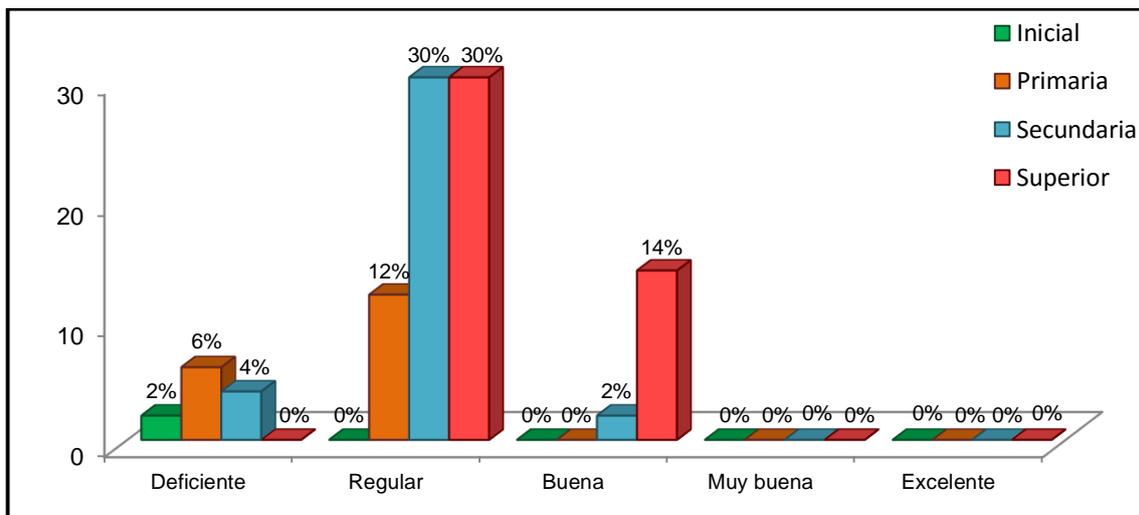
Tabla N° 16: Calidad de vida de la muestra por Grado de Instrucción

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

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 16 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra por Grado de Instrucción. El único paciente que tenía educación inicial manifestó que su Calidad de Vida era deficiente. De los 9 pacientes que tenían educación primaria, 3 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente y 6 manifestaron que su Calidad de Vida era regular. De los 18 pacientes que tenían educación secundaria, 2 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente, 15 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 1 manifestó que su Calidad de Vida era buena. De los 22 pacientes que tenían educación superior, ninguno manifestó que su Calidad de Vida era deficiente, 15 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 7 manifestó que su Calidad de Vida era buena.

Gráfico N° 15: Calidad de vida de la muestra por Grado de Instrucción



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 15.

Calidad de Vida de la muestra por Patologías Asociadas

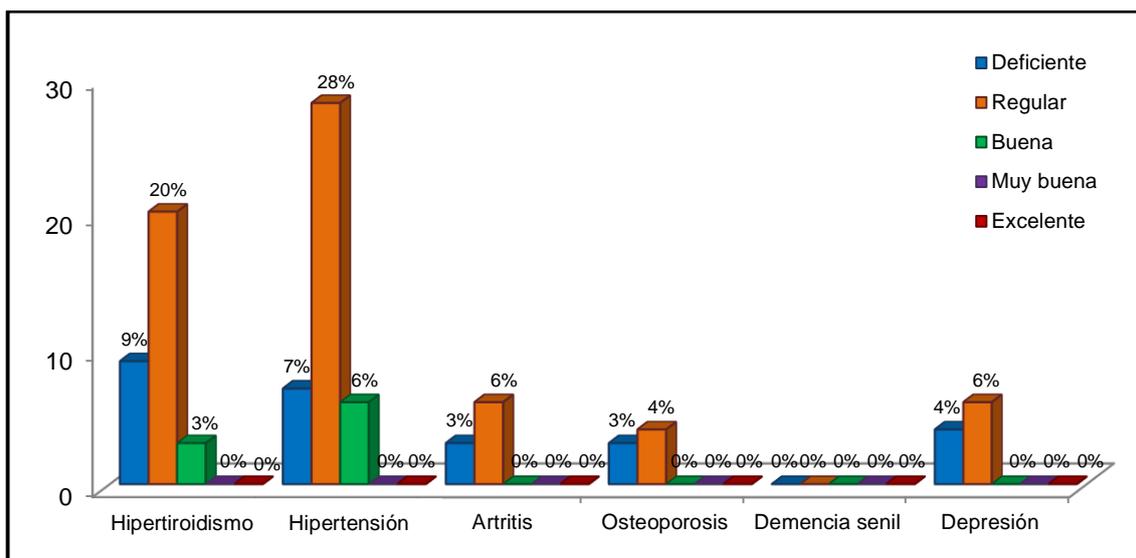
Tabla N° 17: Calidad de vida de la muestra por Patologías Asociadas

	Patologías asociadas				Excelente	Total
	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena		
hipertiroidismo	11	24	4	0	0	39
Hipertensión arterial	9	34	7	0	0	50
Artritis	4	7	0	0	0	11
Osteoporosis	4	5	0	0	0	9
Demencia senil	0	0	0	0	0	0
Depresión	5	7	0	0	0	12
Total	33	77	11	0	0	121

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 17 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra por Patologías Asociadas. De los 39 pacientes que padecían de hipertiroidismo, 11 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente, 24 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 4 manifestaron que su Calidad de Vida era buena. De los 50 pacientes que padecían de hipertensión arterial, 9 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente, 34 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 7 manifestaron que su Calidad de Vida era buena. De los 11 pacientes que padecían de artritis, 4 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente y 7 manifestaron que su Calidad de Vida era regular. De los 9 pacientes que padecían de osteoporosis, 4 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente y 5 manifestaron que su Calidad de Vida era regular. De los 12 pacientes que padecían de depresión, 5 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente y 7 manifestaron que su Calidad de Vida era regular.

Gráfico N° 16: Calidad de vida de la muestra por Patologías Asociadas



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 16.

Calidad de Vida de la muestra por Fármacos Administrados

Tabla N° 18: Calidad de vida de la muestra por Fármacos Administrados

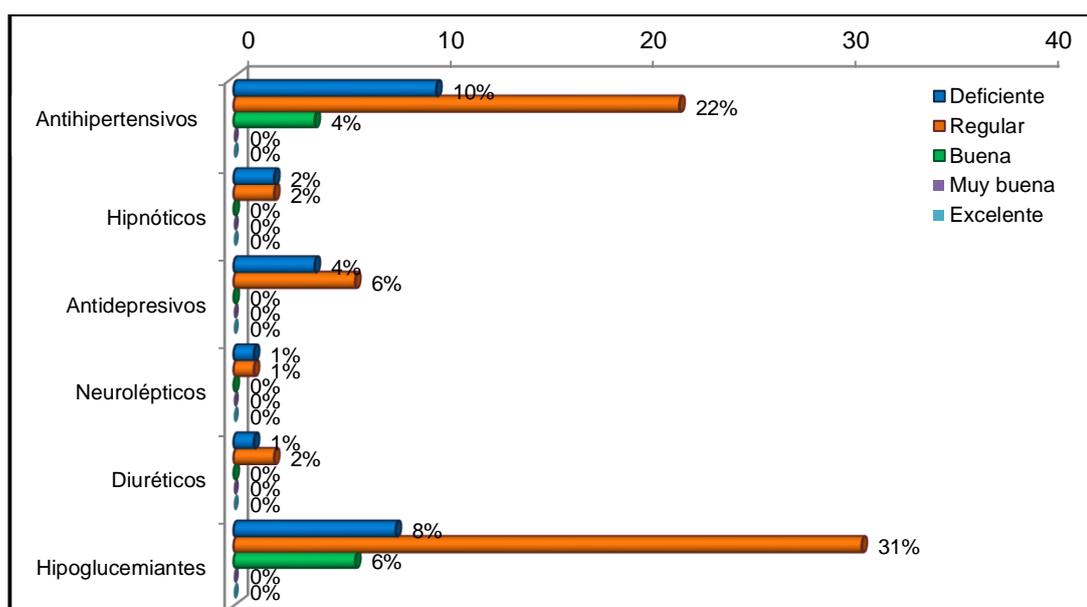
	Fármacos Administrados					Total
	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente	
Antihipertensivos	11	24	4	0	0	39
Hipnóticos	2	2	0	0	0	4
Antidepresivos	4	7	0	0	0	11
Neurolépticos	1	1	0	0	0	2
Diuréticos	1	2	0	0	0	3
Hipoglucemiantes	9	34	7	0	0	50
Total	28	70	11	0	0	109

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 18 presenta la evaluación, por niveles, de la Calidad de Vida de la muestra por tipo de fármacos administrados. De los 39 pacientes a los que se les administraba antihipertensivos, 11 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente, 24 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 4 manifestaron que su Calidad de Vida era buena. De los 4 pacientes a los que se les administraba hipnóticos, 2 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente y 2 manifestaron que su Calidad de Vida era regular. De los 11 pacientes a los que se les

administraba antidepresivos, 4 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente y 7 manifestaron que su Calidad de Vida era regular. De los 2 pacientes a los que se les administraba neurolépticos, 1 manifestó que su Calidad de Vida era deficiente y 1 manifestó que su Calidad de Vida era regular. De los 3 pacientes a los que se les administraba diuréticos, 1 manifestó que su Calidad de Vida era deficiente y 2 manifestaron que su Calidad de Vida era regular. De los 50 pacientes a los que se les administraba hipoglucemiantes, 9 manifestaron que su Calidad de Vida era deficiente, 34 manifestaron que su Calidad de Vida era regular y 7 manifestaron que su Calidad de Vida era buena.

Gráfico N° 17: Calidad de vida de la muestra por Fármacos Administrados



Los porcentajes correspondientes se muestran en el gráfico N° 17.

4.2. Discusión de Resultados:

Estudio realizado en España en el año 2007. “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. 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 ± 27,2 DE), Dolor Corporal (73,7 ± 26,2 DE), Salud General (54,7 ± 22,4 DE), Función Social (84,2 ± 21,7 DE), Rol Emocional" (84,7 ± 28,9 DE). Comparando los datos con la población general >60 años, sólo dos conceptos de Salud General y Rol Emocional están igualados a los valores de referencia. Respecto a las tasas de respondedores a algún problema en las dimensiones del EQ-5D, destaca la dimensión Ansiedad/Depresión con un 43%. El valor de la escala visual analógica en los pacientes diabéticos es de 64,6. Por lo tanto este trabajo aumenta la evidencia de que la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. En comparación con nuestro estudio realizado la población estudiada tiene una percepción regular de su calidad de vida con un 72% y los dominios que tienen mayor puntaje son salud psicológica con 50%, relaciones sociales con 48%, salud física con 47% y finalmente ambiente y entorno con 46%, esto se debe a que la actividad física juega un rol muy importante en la percepción de la calidad de vida.

Estudio realizado en Chile (2011). Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. Estudio descriptivo transversal, el Objetivo fue evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, se aplicó un cuestionario de calidad de vida Quality of Life (DQOL) a 296 pacientes con diabetes mellitus de 63 ± 10 años de edad, (201 mujeres). Los Resultados muestran que la preocupación por los efectos futuros de la diabetes fue el peor dominio evaluado. Las mujeres perciben una menor calidad relacionada con la salud, con respecto a la percepción de la vida que los hombres. Hubo una correlación inversa entre la edad y la satisfacción con el tratamiento, la preocupación profesional, social y efectos futuros de la enfermedad. A comparación de los resultados de nuestro estudio mencionan que los dominios que tienen mayor puntaje

son salud psicológica con 50%, relaciones sociales con 48%, salud física con 47% y finalmente ambiente y entorno con 46%, las mujeres perciben su calidad de vida como regular, las edades más frecuentes fueron 60 a 69 años con un 62% del total de la muestra.

Estudio realizado en Cuba (2016). Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. Estudio correlacional de corte transversal, realizado entre enero y mayo de 2015. El universo estuvo constituido por 200 pacientes de dos instituciones de salud del estado Yaracuy-Venezuela. Finalmente quedó una muestra intencional de 80 pacientes (46 hombres y 34 mujeres) que reunieron los criterios de selección establecidos y respondieron de manera voluntaria y previo consentimiento informado la escala de autoeficacia generalizada y el cuestionario Diabetes-39 que mide la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados muestran que la autoeficacia generalizada presentó asociación con la calidad de vida relacionada con la salud ($r = -0,480$; $p = 0,01$), con las dimensiones energía y movilidad ($r = -0,315$; $p = 0,01$), control de la diabetes ($r = -0,409$; $p = 0,01$) y la sobrecarga social ($r = -0,457$; $p = 0,01$). Además, se encontró diferencia significativa en la autoeficacia según el sexo. Por lo que se concluye que los resultados sugieren que a medida que los pacientes tengan un sentimiento de confianza para afrontar situaciones de la vida de manera eficaz, se verá menos afectada la energía y la movilidad, el control de la diabetes, la sobrecarga social y por consiguiente, su calidad de vida relacionada con la salud. Nuestro estudio muestra que de los pacientes evaluados la percepción de calidad de vida fue regular con 72%, buena con 16% y deficiente con 12%, los dominios más importantes son salud psicológica con 50%, relaciones sociales con 48%, el nivel socioeconómico fue B, las patologías asociadas fueron en mayor porcentaje la hipertensión arterial y los

fármacos consumidos los anti glucémicos con un 31%.

Un estudio realizado en Lima-Perú. (2008) “Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales”. Los Resultados muestran que la edad promedio fue 59,16 años. En 4 pacientes (12,9 %) el nivel de conocimiento sobre la enfermedad fue adecuado, en 15 (48,39 %) intermedio y en 12 (38,71 %) inadecuado. No se halló asociación estadística entre el nivel de conocimiento con ninguna de las variables estudiadas. Nuestro estudio menciona que la edad promedio fue 67 años, una desviación estándar o típica de 11 años y un rango de edad que iba desde los 40 a 84 años y si se halló correlaciones con las diferentes variables de edad, sexo, ocupación, grado de instrucción.

Estudio realizado en el Perú en el año 2010. “Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus”. Los resultados muestran que ambos grupos de estudio tuvieron, en general, similares características basales. En la estimación de la calidad de vida global, los pacientes diabéticos tuvieron índices significativamente menores de percepción solamente en el componente sumario físico. Se construyeron modelos de regresión lineal múltiple entre ambos componentes sumario de la CVRS y las variables de estudio, identificándose la edad avanzada, el género femenino y la diabetes mellitus como los principales factores asociados a la CVRS. En comparación con el estudio desarrollado los dominios que tienen mayor puntaje son salud psicológica con 50%, relaciones sociales con 48%, salud física con 47% y finalmente ambiente y entorno con 46%,y que la percepción de calidad de vida fue regular con 72%, buena con 16% y deficiente con 12%.

4.3. Conclusiones:

- Se logró conocer la percepción que tenía la muestra respecto a su Calidad de Vida, con porcentajes de 72% como regular, 16% como buena y 12% como deficiente. Con respecto a la evaluación por dimensiones los resultados muestran que resalta la dimensión Salud Psicológica con un 50%; seguida de la dimensión de relaciones Sociales con un 48%, La dimensión Salud Física con un 47% y finalmente la dimensión Ambiente / Entorno con un 46% esto se debe a que estos pacientes asisten regularmente a un programa de actividad física ya que el ejercicio físico y el deporte ejercen efectos beneficiosos sobre aspectos psicológicos y antropométricos. Quien lo realiza de forma reglada y habitual modifica sus hábitos de vida y por ende su calidad de vida.
- Con respecto a Calidad de Vida de la muestra por edad, el mayor porcentaje percibe su calidad de vida como regular y en el rango de edades de 70 a 79 años con 32%, seguida de 60 a 69 años con 30%.este fenómeno puede deberse a que más años más evoluciona la patología y mayores complicaciones pueden presentarse.
- Con respecto a Calidad de Vida de la muestra por Sexo destaca el femenino que percibe su calidad de vida como regular con un 40% y los varones con un 32%.Como sabemos el ser mujer es un factor predisponente para desarrollar patologías metabólicas.
- Con respecto a la Calidad de Vida de la muestra por Nivel Socioeconómico los resultados muestran que los pacientes pertenecen al NSEB y perciben su calidad de vida como regular con un 52% y los del NSEC perciben su calidad de vida como regular con un 20%.este factor es muy importante ya que todo

paciente diabético debe contar con los recursos necesarios para su tratamiento y mantención en general.

- Con respecto a la Calidad de Vida de la muestra por Grado de Instrucción los pacientes con secundaria perciben su calidad de vida como regular con un 30%. Los pacientes con superior perciben su calidad de vida como regular con un 30%. El nivel cultural influye mucho en el pronóstico y la evolución de la patología.
- Con respecto a la Calidad de Vida de la muestra por Patologías Asociadas la percepción es regular en pacientes con hipertensión arterial con un 28%, seguido de hipertiroidismo con un 20%.
- Con respecto a Calidad de Vida de la muestra por Fármacos Administrados la percepción es regular en pacientes que consumen hipoglucemiantes con un 31% y antihipertensivos con un 22%.

4.4. Recomendaciones:

- Se recomienda trabajar de manera multidisciplinaria en los cuatro pilares de la educación al paciente diabético, fundamentales (Autocontrol, Alimentación, Ejercicio, Medicamentos) para el cuidado de la enfermedad y para lograr resultados positivos en su calidad de vida.
- Se recomienda considerar y trabajar la diabetes tipo II como lineamiento de investigación por sus cifras prevalentes y complicaciones a futuro, si no son detectadas y tratadas a tiempo, realizando campañas de forma multidisciplinaria invitando a la población a tomar conciencia y mejorar su estilo de vida saludable mejorando así la calidad de vida.
- Se recomienda realizar actividad física, practicar deportes, bailes, Tai chi,

participar en programas implementados por las diversas municipalidades a fin de evitar complicaciones en el desarrollo de esta patología que puedan mermar en la funcionalidad y la calidad de vida.

- Realizar controles periódicos para evitar complicaciones ya que las patologías asociadas a la diabetes juegan un rol muy importante en la evolución y pronóstico de estos pacientes.
- Participar de actividades de ocio y recreativas para afianzar las relaciones sociales, interactuar con otras personas en diferentes escenarios de su vida cotidiana.
- Ser miembro activo de su comunidad, cumplir roles, desempeñar funciones que hagan sentir útiles y productivos mejorando así su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durán BR, Rivera B, Franco E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2001; 43: 233-236.
2. Jiménez A, Aguilar CA, Rojas R, Hernández M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Publica Mex* 2013; 55(2): 137-143.
3. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Lima: Centro de prensa, 2015 [acceso 29 de Noviembre del 2015]. Diabetes. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
4. De La Cruz MG, Vargas JM, Ledezma ES, Holguín MC, Martínez AY, Fragoso LE. Causas de desapego a tratamiento, dieta y seguimiento de pacientes con diabetes y posibles factores asociados con la enfermedad. *Rev. salud pública.* 2013; 15 (3): 478-485.
5. Pérez A, Barrios Y, Monier A, Berenguer M, Martínez I. Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus. *MEDISAN* 2009; 13(1).
6. Moreno L. Epidemiología y diabetes. *Red Fac Med UNAM.* 2001; 44(1): 35-37.
7. Villaverde C, Torres G, Ramirez J. Diabetes mellitus y ejercicio físico. 1 Ed. España. 2012.
8. Hervás A, Zabaleta G, De Miguel O, Beldarrain, JD. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 30 (1): 45-52.
9. Martínez A. Repercusiones clínicas y sociales de la epidemia de diabetes mellitus. *Nefrologia.* 2008; 28:245-248.
10. Carrasco E, Pérez F, Angel B, Albala C, Santos JL, Larenas G, Montalvo D. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 1189-1197.
11. Untiveros CF, Nuñez O, Tapia LM, Tapia GG. Diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: Aspectos demográficos y clínicos. *Rev Med Hered* 2004; 15: 19-23.
12. Crespo N, Rosales E, González R, Crespo N, Hernández JD. Caracterización de la diabetes mellitus. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2003; 19 (4).

13. Valdés E; Bencosme N. Frecuencia de la hipertensión arterial y su relación con algunas variables clínicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cub Endocrinología. 2009; 20 (3): 77-88.
14. Ríos JL, Sánchez JJ, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 109-116.
15. Olaiz G, Rojas R, Aguilas CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Publica Mex 2007; 49 (3): 331-337.
16. Solís A, Alonso MM, López KS. Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Electronic Saude Mental Alcohol e Drogas. 2009; 5(2).
17. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 para el Primer Nivel de Atención. Buenos Aires. 2008
18. Noda JR, Perez JE, Malaga G, Aphanh MR. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Rev Med Hered 2008; 19:68-72.
19. Cabrera E, Perich PA, Licea ME. Diabetes autoinmune latente del adulto o diabetes tipo 1 de lenta progresión: definición, patogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Endocrinol 2002; 13(1):43-52.
20. Rojas E, Molina R, Cruz. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. Rev Venezolana de Endocrinología y Metabolismo 2012; 10 (1): 7-12.
21. Caja Costarricense de Seguro Social. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2. II edición. Costa Rica, 2000.
22. Mejía JI, Hernández I, Moreno F, Bazán M. Asociación de factores de riesgo con el descontrol metabólico de Diabetes Mellitus, en pacientes de la clínica oriente del ISSSTE. Rev. Especialidades Médico-Quirúrgicas 2007, 12 (2): 25-30.
23. Rodríguez G. Insulinoterapia. Rev Med Hered 2003; 14 (3): 140-144.
24. Rivera E. Diabetes Mellitus: Programa completo para su tratamiento dietético. 1 ed. México: Pax México; 2000.
25. Sperlin MD. Clínicas pediátricas de Norteamérica. España: Elsevier; 2005.

26. Ingrid M. Libman, M.D., Ph.D. Epidemiología de la diabetes mellitus en la infancia y adolescencia: tipo 1, tipo 2 y ¿diabetes doble?. *Rev Argent Endocrinol Metab.* 2009; 46: 22-36.
27. López JM, Ariza CR, Rodríguez JR, 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.
28. Salama I, Sanchez GA. Factores de riesgo y complicaciones crónicas en el diagnóstico reciente de la diabetes tipo 2. *Rev. Cubana Endocrinol.* 2001; 12(2): 76-81.
29. Almirón ME, Gamarra SC, Gonzáles MS. Diabetes gestacional. *Rev. de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.* 2005; 152: 23-27.
30. Mediavilla JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *Elvesier.* 2001; 27(3).
31. Membreño JP, Zonana A. Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. Causas, complicaciones y mortalidad. *Rev Med IMSS* 2005; 43 (2): 97-101
32. Giuseppe L, Nosari I. *Cómo Se Cura la Diabetes.* Barcelona: De Vecchi; 2012.
33. Sabag E, Álvarez A, Celiz S, Gúmez A. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (5): 415-421.
34. Mahía M, Pérez L. La diabetes mellitus y sus complicaciones vasculares: un problema social de salud. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc* 2000; 1(1):68-73.
35. Robles R, Cortázar J, Sánchez JJ, Páez F, Nicolini H. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema* 2003; 15 (2): 247-252.
36. Pineda N, Bermúdez V, Cano C, Mengual E, Romero J, Medina M, et al. Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *AVFT.* 2004; 23 (1).
37. Casado M, González N, Moraleda S, Orueta R, Carmona J, Gómez- Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Elvesier.* 2001; 3: 167-173.
38. Alfaro N; Carothers M; González Y. Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud.* 2006; 3 (3): 152-157.

ANEXO N° 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO II QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE MEDICINA FÍSICA “PIE DIABÉTICO Y AMPUTADOS” DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN– LIMA 2016.

GABRIELA ANTONIA, GONZALES MEZA

Introducción

Siendo egresada de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende conocer la frecuencia de Calidad De Vida En Adultos Mayores Con Diabetes Tipo II Que Asisten Al Programa De Medicina Física “Pie Diabético Y Amputados” Del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016. Para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una evaluación personal que constará de la aplicación de la escala de calidad de vida para valorar el grado de satisfacción y bienestar social que presenta. Su participación será por única vez.

Riesgos

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

Beneficios

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

Confidencialidad

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

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

Egresado: Gabriela Antonia, Gonzales Meza

E-mail: gaby_gom1@hotmail.com

Celular: 992838367

Dirección: ucv. 38 Lote 58 Zona B Huaycán - Ate

Asesor de Tesis: Lic. TM. TF. Cecilia Carpio Barrio De Mendoza

Celular: 985090029

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

Declaración del Participante e Investigadores

•Yo, _____, autorizo y declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.

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

Costos por mi participación

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

Número de participantes

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

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población con diabetes tipo II del Programa De Medicina Física "Pie Diabético Y Amputados" Del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016.

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

Yo: _____,

Identificada con N° de Código: _____

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

SI

NO

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

SI

NO

Firma del participante

INVESTIGADOR

ANEXO Nº 2
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/_____

VARIABLES DE ESTUDIO
1. Edad: _____ años
2. sexo: <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> </div>
3.- Nivel socioeconómico: <ul style="list-style-type: none"> • NSE A • NSE B • NSE C
4.- Patologías Asociadas. <ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo • Hipertensión arterial • Artritis • Osteoporosis • Demencia senil • Depresión
5.- Grado de Instrucción. <ul style="list-style-type: none"> • Educación Básica o inicial..... • Educación primaria..... • Educación secundaria..... • Educación superior.....
6.- Fármacos administrados al día. <ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos • Hipnóticos • Antidepresivos • Neurolépticos • Diuréticos • Hipoglucemiantes
7.- Tiempo de evolución de la enfermedad (diabetes tipo II) <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 3 años • 4 a 6 años • 7 a 10 años • 11 a 14 años • 15 años a más

ANEXO N° 3

Cuestionario WHOQOL-BREF

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

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

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

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

Preguntas independientes sobre calidad de vida:

1.- ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

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

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

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

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

A.- SALUD FISICA

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

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

B.- SALUD PSICOLOGICA.

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

C.- RELACIONES SOCIALES

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

D.- AMBIENTE /ENTORNO

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

Questionario WHOQOL-BREF

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

Calidad de vida

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

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO II DEL SERVICIO DEL PROGRAMA DE TERAPIA FÍSICA PIE DIABÉTICO Y AMPUTADOS DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – LIMA 2016.”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>Pp. ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Op. Conocer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016.</p>	<p>Variable principal Calidad de Vida</p>	<p>Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Ambiente /entorno</p>	<p>Cuestionario WHOQOL-BREF Deficiente: 28 a 47 Regular: 48 a 54 Buena: 54 a 59 Muy buena: 59 a 65. Excelente: 65 a 93.</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO:</p> <p>Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.</p>
<p>PROBLEMA SECUNDARIOS</p> <p>Ps1. ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto a la edad?</p> <p>Ps2. ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al sexo?</p> <p>Ps3. ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al nivel socioeconómico?</p> <p>Ps4. ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto a las patologías asociadas?</p> <p>Ps5. ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al tipo de Fármacos administrados al día?</p> <p>Ps6. ¿Cuál es la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al grado de instrucción?</p>	<p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>Os1. Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto a la edad.</p> <p>Os2. Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al sexo.</p> <p>Os3. Establecer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al nivel socioeconómico.</p> <p>Os4. Establecer la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto a las patologías asociadas.</p> <p>Os5. Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al tipo de Fármacos administrados al día.</p> <p>Os6. Determinar la frecuencia de calidad de vida en adultos mayores con diabetes tipo II que asisten al programa de medicina física “pie diabético y amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen– Lima 2016 con respecto al grado de instrucción.</p>	<p>Variabes Secundarias</p> <p>Edad</p> <p>sexo</p> <p>Nivel socioeconómico</p> <p>Patologías Asociadas.</p> <p>Fármacos administrados al día.</p> <p>Tiempo de duración de la enfermedad.</p> <p>Grado de instrucción.</p>	<p>Rangos de 40 a 85 años</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>NSE A NSE B NSE C</p> <p>Hipertiroidismo Hipertensión Artritis Osteoporosis Demencia senil Depresión</p> <p>Antihipertensivos Hipnóticos Antidepresivos Neurolépticos Diuréticos</p> <p>1 a 3 años 4 a 6 años 7 a 10 años 11 a 14 años 15 años a más</p> <p>Educación Básica o inicial. Educación primaria Educación secundaria Educación superior</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p>	<p>POBLACIÓN:</p> <p>Todos los Adultos Mayores con Diabetes tipo II del Servicio del Programa de Terapia Física Pie Diabético y Amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2016. (N=60).</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Se pretende estudiar a un mínimo 50 Adultos Mayores con Diabetes tipo II del Servicio del Programa de Terapia Física Pie Diabético y Amputados del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – Lima 2016.</p>