



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Calidad de vida en personas adultos mayores con diabetes del
servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III
Essalud, Puente Piedra, Lima - 2020

PRESENTADO POR

Izquierdo Principe, Amancio

ASESOR

Millones Gomez, Segundo German

Los Olivos, 2021

Agradecimiento

A mis familiares y a mis maestros por brindarme sus sabios conocimientos durante este largo tiempo, para cumplir mis metas trazadas.

Dedicatoria

Dedicado con mucho cariño para mis familiares por su apoyo incondicional y a mis docentes de la Universidad de Ciencias y Humanidades por guiarme por un buen camino.

Índice General

Agradecimiento	1
Dedicatoria	2
Índice General	3
Índice de Tablas	4
Índice de Anexos	5
Resumen	6
Abstract	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MATERIALES Y MÉTODOS	19
2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	19
2.2 POBLACIÓN	19
2.3 VARIABLE(S) DE ESTUDIO	20
2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	20
2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	22
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	22
2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos	22
2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	23
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSIÓN	33
4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA	33
4.2 CONCLUSIONES	37
4.3 RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	47

Índice de Tablas

- Tabla 1.** Datos sociodemográficos de las personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima-2020 (N=160) 25
- Tabla 2.** Calidad de vida en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160) 27
- Tabla 3.** Calidad de vida según su dimensión energía y movilidad, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160) 28
- Tabla 4.** Calidad de vida según su dimensión control de la diabetes, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160) 29
- Tabla 5.** Calidad de vida según su dimensión ansiedad-preocupación, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160) 30
- Tabla 6.** Calidad de vida según su dimensión carga social, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160) 31
- Tabla 7.** Calidad de vida según su dimensión funcionamiento sexual, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160) 32

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables	48
Anexo B. Instrumento de recolección de datos	49
Anexo C. Consentimiento informado	52
Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición	54
Anexo E. Validez estadística del instrumento de recolección de datos	55
Anexo F. Confiabilidad del instrumento	56

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III ESSALUD, Puente Piedra, Lima - 2020

Materiales y métodos: La presente investigación se desarrolló desde el enfoque cuantitativo; en relación con el diseño metodológico, este fue descriptivo y transversal. Participaron 160 adultos mayores diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la encuesta, y para la medición de la variable principal el cuestionario de Diabetes-39, conformado por 39 ítems y 5 dimensiones.

Resultados: En cuanto a la calidad de vida en los participantes, el 49,4%(n=79) presentaron un nivel medio, el 26,9%(n=43) presentaron un nivel alto y el 23,8%(n=38) presentaron un nivel bajo. En cuanto a las dimensiones, en energía y movilidad predominó el nivel medio con 61,3%(n=98), en control de diabetes predominó el nivel medio con 50%(n=80), en ansiedad y preocupación predominó el nivel medio con 49,4%(n=79), en sobrecarga social predominó el nivel medio con 48,1%(n=77) y finalmente, en función sexual predominó el nivel medio con 59,4%(n=95).

Conclusiones: En cuanto a la calidad de vida en los participantes predominó el nivel medio seguido del alto y bajo; en cuanto a las dimensiones, en todas predominó el nivel medio.

Palabras clave: Calidad de vida; Diabetes mellitus tipo 2; Anciano (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the quality of life in elderly people with diabetes of the medicine service at the Primary Health Care Center III ESSALUD, Puente Piedra, Lima – 2020.

Materials and methods: This research was developed from a quantitative approach, with a descriptive cross-sectional methodological design. There were 160 older adults diagnosed with type 2 diabetes mellitus for this study. The data collection technique was the survey, and the instrument used to measure the main variable was the Diabetes-39 questionnaire, consisting of 39 items and 5 dimensions.

Results: Regarding the quality of life in the participants, 49.4% (n = 79) presented a medium level, 26.9% (n = 43) presented a high level and 23.8% (n = 38) presented a low level. As for dimensions, the medium level predominated in energy and mobility with 61.3% (n = 98), in diabetes control with 50% (n = 80), and in anxiety and worry with 49.4% (n = 79), the average level predominated in social overload with 48.1% (n = 77) and finally, the average level also predominated in sexual function with 59.4% (n = 95).

Conclusions: Regarding the quality of life in the participants, the medium level prevailed, followed by high and low level; in terms of dimensions, the average level predominated in all of them.

Keywords: Quality of life; diabetes mellitus type 2; elderly (Source: MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

El mundo vive el fenómeno de envejecimiento poblacional, situación que debe ser considerada por las autoridades del sector salud y sociales, se debe reflexionar y actuar para saber que tanto los sistemas de salud están preparados para actuar en este escenario que demanda nuevos enfoques de atención; asimismo, implementar y adecuar los establecimientos de salud con recursos humanos, logísticos y de infraestructura ante este nuevo reto. El Instituto de Envejecimiento de Canadá señala que los esfuerzos se deben orientar a indagar sobre los determinantes de la salud y el bienestar a lo largo de la trayectoria del envejecimiento a lo largo de toda la vida, reflexionado sobre los complejos desafíos de salud del individuo mayor y el rol de sus cuidadores (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que entre los años 2015-2050, la población global senil será casi el doble (progresará del 12 al 22%), siendo los lugares de residencia principales de estos (un 80%) los países con economías en desarrollo. Para el 2050, la población senil global estimada será de 2000 millones de personas. El proceso de envejecer se hace cada vez más rápido y se debe preparar al sistema de salud para dar una respuesta oportuna a ello (2).

Ante este problema, la OMS declara a los años 2021-2030 como la Década de Envejecimiento Saludable; a partir de ello, demanda a los gobiernos y demás instituciones a unir esfuerzos para contribuir en mejorar la vida y salud de los individuos mayores, sus familias y las comunidades en las que están insertados. La transición demográfica que experimentamos actualmente afectará a casi todos los estamentos sociales y la previsión es fundamental para contrarrestar sus efectos (3).

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica y puede afectar tanto a la salud como a la calidad de vida (CV). Una revisión sistemática y metaanálisis realizada en China en base a 18 estudios donde se incluyeron 57109 pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2); se concluyó que el ejercicio físico, el control de glucosa con frecuencia, las complicaciones, la hipertensión, la duración de la

diabetes, la dieta con más carnes rojas y la depresión se asociaron con la calidad de vida de los pacientes con DM2 (4).

Aproximadamente, 463 millones de personas entre 20 a 79 años viven con diabetes, para el año 2045 estas cifras se incrementarán a 700 millones. La cantidad de individuos con DM2 está en aumento, el 20% de personas seniles tiene diabetes y 1 de cada 2 (232 millones) individuos con diabetes no tuvieron diagnóstico. La diabetes provocó 4,2 millones de fallecimientos y genera en costos de salud un gasto de 760 mil millones de dólares en el año 2019 (5).

Un estudio desarrollado en México en el que participaron 394 personas con DM2, con edad media de 62 años, la Calidad de Vida (CV) global tuvo una media de 50,1 puntos. El análisis bivariado mostró que la edad, el estado civil, el sexo, la ocupación, las comorbilidades y la duración de la enfermedad tuvieron un impacto en la CV; se concluye que la edad avanzada y la presencia de depresión deterioran la CV del paciente (6).

Una investigación realizada en Países Bajos, donde participaron 2915 personas con DM2 (El grupo incluía a más hombres que representaban un 69% y en su mayoría eran adultos mayores jubilados) mostró que las personas con DM2 tienen costos sociales sustancialmente más altos y una CV más baja que las personas con tolerancia normal a la glucosa. Los análisis de subgrupos mostraron que una mayor edad, ser mujer y tener dos o más complicaciones relacionadas con la diabetes resultaron en mayores costos ($p < 0,05$) y menores utilidades. Los resultados proporcionan información importante para futuras evaluaciones económicas basadas en modelos y para la toma de decisiones políticas (7).

Los programas de intervención en salud, por lo general son eficaces para lograr mejoras en la vida y bienestar de los diabéticos. Un estudio en China donde se involucró a 60 pacientes con DM2, demostró que el programa de educación sobre diabetes de 2 sesiones podría mejorar eficazmente el nivel de autocuidado auto informado, angustia psicológica y control glucémico en pacientes con DM2 (8).

Los indicadores de CV son predictores sólidos de la competencia de un individuo para mantener la salud, el bienestar y la productividad a largo plazo. La mejora de la calidad de vida se ha considerado un objetivo clave de todas las intervenciones sanitarias, incluidos los programas de tratamiento de la DM. Un estudio realizado en Arabia Saudita (378 participantes con DM2) mostró una CV moderada entre los pacientes con DM2. La CV alterada es principalmente en términos de dolor / malestar y movilidad debido a la diabetes. Los resultados mostraron que el sexo masculino, tener altos ingresos, estar sin complicaciones y contar con un buen control de la glucosa, se asocia a tener una CV relativamente mejor. Los programas de intervención deben considerar contrarrestar los factores de riesgo para mejorar la CV de la población (9).

La diabetes se ha convertido en uno de los males crónicos más comunes entre los chinos mayores (es decir, 60 años o más), con una prevalencia del 20,4% y más del 22,5% en dos estudios importantes. Se estima que más del 50% de los pacientes con diabetes en China tienen más de 60 años. Dado el fuerte aumento de la esperanza de vida y el drástico aumento de la prevalencia de dietas y estilos de vida poco saludables debido al crecimiento económico y al desarrollo social, el número de personas mayores con diabetes seguirá en aumento en China. Un estudio (La edad media de los participantes fue de 68,8 años y las mujeres representaron el 69,1% de la muestra del estudio) reveló que la DM2 tiene un efecto perjudicial sobre la CV de los chinos mayores (10).

La CV tiende a deteriorarse a medida que avanza las complicaciones de la enfermedad. Los resultados sugieren que la CV está estrechamente vinculada con variables sociodemográficas y clínicas, las cuales deben ser tomadas en cuenta al momento de iniciar el plan de tratamiento y cuidados a las personas con DM (11).

El ejercicio regular es considerado un aspecto fundamental en el tratamiento de la DM2. Contribuye al control glicémico y los factores de riesgo cardiovasculares, contribuye al control de peso y también mejora el bienestar general, probablemente desempeñando un papel en la prevención de las complicaciones crónicas de la diabetes. Solo caminar, es una herramienta terapéutica útil para

las personas con DM2. La carga y tipo de ejercicio debe ser considerado teniendo en cuenta la edad y condición de salud (12).

La DM2 afecta considerablemente en la salud física, así como en el bienestar emocional y social. Un estudio transversal que incluyó a 517 pacientes (68% mujeres) en once clínicas de atención primaria de salud ubicadas en Cisjordania, mostró que la diabetes generalmente tiene un impacto negativo en la CV, identificando las demandas de programas de control de la diabetes adaptados a las necesidades de los pacientes y a los diferentes grupos de pacientes, así como políticas de salud que colocan a las personas afectadas en el centro de la atención de la diabetes (13).

Las complicaciones de la diabetes, la adherencia a la medicación y el bienestar psicosocial se han asociado con la CV entre varias poblaciones occidentales y asiáticas con diabetes. La adherencia a la medicación es un efecto modificador de las relaciones entre la HbA1c, la depresión, la ansiedad, la gravedad de la enfermedad y CV. Estos predictores de la calidad de vida son factores importantes a considerar cuando se maneja a pacientes con DM2 (14).

Las complicaciones de la DM2 influyen negativamente en la CV de los pacientes. Un estudio en Vietnam en 214 pacientes con DM2 reveló que la CV de los participantes con complicaciones diabéticas era moderadamente baja, especialmente en la perspectiva social y de salud mental. Las estrategias para prevenir la aparición de complicaciones diabéticas deben desarrollarse como una prioridad en el manejo de la diabetes, especialmente en las perspectivas social y de salud mental (15).

Las personas con diabetes están predispuestas a complicaciones macrovasculares como enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y vasculares periféricas; asimismo, presentarían complicaciones microvasculares como retinopatías, nefropatías y neuropatías. Estas complicaciones aceleran importantes muertes prematuras, pérdida de productividad y mala calidad de vida. La naturaleza debilitante de la enfermedad exacerba una carga insoportablemente costosa para los pacientes, los cuidadores y los sistemas de salud en todos los países de todo el mundo. La diabetes causa importantes

discapacidades, una reducción de la calidad de vida y una mortalidad que impone una enorme carga económica a las sociedades y los gobiernos de todo el mundo. Malasia sufre una alta carga de diabetes en Asia, el costo anual total estimado de la diabetes en Malasia fue de aproximadamente USD 600 millones. La edad, el tipo de hospital o proveedor de salud, la duración de la estancia hospitalaria y la frecuencia de las visitas ambulatorias se asociaron significativamente con los costos (16).

En nuestro país el manejo de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) como la Hipertensión Arterial (HTA) y DM2 no se realiza de la forma más adecuada. Existe escasez de recursos humanos, logísticos, infraestructura y voluntad política de abordar este problema sanitario desde el primer nivel de atención. Un reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que en nuestra población un 40% de personas presenta al menos una comorbilidad o factores de riesgo que ponen en peligro su salud. También, se señala que casi un 25% de personas tiene algún grado de obesidad y el 4,5% de estas presenta DM (17).

El envejecimiento es el resultado acumulado largo de la vida, de desajustes y daños que se dan a lo a nivel celular y tisular en el organismo; ello va a afectar las capacidades físicas y mentales, incrementar los riesgos a enfermedades y provocar la muerte; todo ello, impacta en la salud y bienestar de las personas. Hay personas mayores con un funcionamiento bueno y otros que muestran fragilidad que los limita en sus actividades, ello depende del estilo de vida y cuidados que tuvo a los largo de su vida (2).

La diabetes mellitus es un mal metabólico caracterizado por incremento de la glicemia y asociado con una gran carga de problemas microvasculares y macrovasculares, que frecuentemente no se diagnostica tempranamente. El control de personas, en apariencia sanos, puede conducir a la detección y el tratamiento tempranos de la DM2 y puede prevenir o retrasar el desarrollo de complicaciones relacionadas. La DM2 es una enfermedad de curso crónico donde los niveles incrementados de glucosa sanguínea generan complicaciones, como daño renal y ocular. Se da a cualquier edad, pero por lo general alcanza su punto máximo en personas de 65 años o más. La DM2 puede ser asintomática

en sus inicios; por lo tanto, no se diagnostica, pero en su curso se va asentando y generando daño sistémico (18).

Las complicaciones de la DM pueden ser responsables de la mayor parte de la morbilidad y la mortalidad asociadas a esta patología crónica. Por lo tanto, evaluar la CV de los pacientes a intervalos regulares es una necesidad para la DM como enfermedad crónica. Esta evaluación, como herramienta poderosa, es fundamental para predecir el estado de los pacientes para el manejo de enfermedades y la atención médica a largo plazo. La evaluación periódica de la calidad de vida como práctica clínica habitual podría mejorar la comunicación necesaria entre los profesionales sanitarios y sus pacientes, identificando así las complicaciones y ayudándoles a recibir cuidados prolongados que mejoren su estado de salud (18).

La CV es definida como la percepción que tiene una persona acerca de su posición en la vida dentro de un contexto sociocultural que responde a un tipo de paradigma de valores, esto se vincula a sus metas, aspiraciones, estándares y preocupaciones, vinculadas a su salud y bienestar (19).

La calidad de vida de los pacientes con DM2 se ve afectada por numerosos factores, como el sexo, la ocupación, la duración de la enfermedad y la presencia de complicaciones como neuropatía y nefropatía (20).

En el presente estudio se empleó como instrumento de medición al cuestionario Diabetes-39 que comprende 5 dimensiones: energía y movilidad, control de diabetes, ansiedad y preocupación, sobrecarga social y función sexual; a continuación, se describen cada una de ellas. La energía y movilidad es de suma importancia ya que los modos de ejercicio en pacientes con diabetes tipo 2 se enfatiza aumentando la captación de glucosa por los músculos, mejorando la utilización, alterando los niveles de lípidos, aumentando las lipoproteínas de alta densidad y disminuyendo los triglicéridos y el colesterol total. Así, el ejercicio ayuda a las personas a superar la discapacidad mediante la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de complicaciones neuromusculares como neuropatías, rotura de la piel, úlceras en los pies, artritis, otros dolores articulares, hombro congelado, dolor de espalda y osteoartritis asociados con la

DM (21). La vida sedentaria (22), y alimentación no saludable (23), se asocian a una evolución complicada de la enfermedad. El sueño inadecuado y cambios conductuales se asocian a problemas derivados de esta enfermedad. Los problemas de sueño afecta la salud física-mental-social y genera malestar para desarrollar actividades en el día (24). El control de la enfermedad es fundamental en esta enfermedad, se busca tener los niveles de glucosa en sus valores normales y manejar el peso del paciente. La ansiedad y preocupación y la sobrecarga social, están referidas al impacto psicosocial de la enfermedad, la diabetes afecta el sistema nervioso a nivel neurótico y emocional, y ello se evidencia en la sintomatología del paciente si no se controla adecuadamente la enfermedad. El bienestar sexual se vincula con una adecuada CV. Los problemas que afectan el desarrollo pleno de la sexualidad es común en personas con DM2 temprana y estos tienden a tener frustraciones que los va afectar, el impacto de la diabetes en la vascularización y micro vascularización a nivel de los órganos genitales es la causa de ello (25).

Lygidakis C y colaboradores (26), en el 2021, en Ruanda, elaboraron un trabajo titulado “Calidad de vida entre pacientes adultos que viven con diabetes en Ruanda en clínicas ambulatorias”. El estudio fue transversal, la población estuvo compuesta por 206 participantes entre 21 y 80 años en la que estaban incluidos adultos mayores, para la medición de la variable emplearon el cuestionario de Diabetes 39. Los resultados de este trabajo fueron, en el 34,6% de los participantes predominó una calidad de vida media. En relación al control de la diabetes osciló un 19,35%, seguido de la ansiedad y preocupación que osciló en un 25,51%, carga social osciló un 24,55%, funcionamiento sexual osciló un 37,02% y energía y movilidad osciló en un 20,69%. Hallaron diversas variables significativamente predictivas en el estudio, recomiendan la creación de programas que ayuden a reforzar la calidad de vida en estas personas y así mismo también a prevenir los riesgos en su salud en relación a las dimensiones de la variable principal.

Shah S y colaboradores (27), en el 2020, en Nepal, desarrollaron un trabajo titulado “Estudio de la calidad de vida y la utilización de la atención médica entre la población diabética tipo 2 en un área urbana del este de Nepal”. El estudio fue transversal, su población fue compuesta por 270 personas, entre 20 y 80 años

en la que se encontraban ancianos, para evaluar la variable utilizaron el cuestionario D-39. Encontraron que la calidad de vida global predominó en un 42.95%, en relación a la dimensión energía y movilidad osciló en un 38,40%, seguido de control de la diabetes osciló en un 48,59%, la ansiedad y preocupación osciló en un 57,34%, la sobre carga laboral osciló en un 39,75% y el comportamiento sexual osciló en un 29,29%. Concluyeron, que los participantes con diabetes tipo 2 poseen una calidad de vida baja, predominando más un nivel medio de ansiedad y preocupación, recomiendan que estas personas reciban apoyo psicológico por parte del establecimiento de salud y una atención medica constante en relación a su enfermedad.

Camacho A (28), en el 2020 en Puebla-México, realizó un trabajo sobre “Calidad de vida en personas con DMT2 adscritos a un programa de salud”. El estudio fue cuantitativo-descriptivo-transversal, la población estuvo compuesta por 80 personas entre 26 y 78 años incluyendo a ancianos, para el proceso de recopilación de información emplearon el cuestionario D-39. Hallaron que respecto a la calidad de vida en los participantes predominó un nivel medio oscilando un 40,2%. En relación con el tiempo de evolución, el de mayor predominio fue entre 6 a 10 años oscilando un 32,5%, seguido de control de la diabetes oscila un 18,75%%, energía y movilidad oscila un 26,06%, ansiedad y preocupación osciló un 31, 90%, carga social osciló un 23,71%% y funcionamiento sexual osciló un 33,33%. Concluyeron, que la aplicación del programa DIABETIMSS tuvo un efecto positivo en las personas porque los conocimientos impartidos les permitieron mejorar sus niveles de glucosa en beneficio de su salud.

Britez M y Torres E (29), en el 2017, en Itauguá-Paraguay, efectuaron un trabajo titulado “Calidad de vida en pacientes con DMT2”. El estudio fue descriptivo-transversal, la población estuvo constituida por 101 participantes entre 29 y 93 años en el que estaban incluidos los adultos mayores, para el proceso de recopilación de información se aplicó el instrumento D-39. Los resultados del estudio fueron que predominó una calidad de vida buena en el 39% y una calidad de vida mala en el 61% de los participantes, en relación a la energía y movilidad osciló un 57%, seguido de control de la enfermedad osciló el 59%, ansiedad y preocupación osciló un 60%, sobrecarga social osciló un 53% y funcionamiento

sexual osciló un 60%. Concluyeron, que en las personas del estudio predominó una calidad de vida buena y en la población restante quienes tuvieron una mala calidad de vida se tiene fomentar la promoción de la salud en estas personas por medio de intervenciones y sesiones educativas para mejorar su nivel de conocimientos frente a su enfermedad y así reforzar u optimizar los factores relacionados a la calidad de vida.

Minchán E (30), en el 2020, en Lima-Perú, elaboró un trabajo titulado “Calidad de vida en personas seniles con DM que asisten a un policlínico”. El estudio fue cuantitativo-descriptivo-transversal, la población fue compuesta por 115 personas y emplearon el cuestionario D-39. Los resultados obtenidos fueron la calidad de vida en los participantes fue regular oscilando un 46%, mala en un 27% y buena en un 15%. En relación a la energía y movilidad predominó un 54% predominando un nivel malo, seguido de control de diabetes osciló un 53% predominando un nivel malo, ansiedad y preocupación osciló un 57% predominando un nivel malo, sobrecarga social osciló un 44 % predominando un nivel regular y función sexual osciló un 37% predominando un nivel regular. Concluyeron que los participantes con diabetes poseen una calidad de vida regular; por lo que, es recomendable optimizar este factor mediante estrategias educativas y una atención integral de salud.

Cuba Y (31), en Lima-Perú, en el 2019, desarrolló un trabajo titulado “Calidad de vida en personas afectadas con DM de un Asentamiento Humano en Los Olivos”. El estudio fue cuantitativo-descriptivo-transversal, la población estuvo conformada por 126 personas, entre 38 años y 73 años en la que se encontraban ancianos, para el proceso de recopilación de información emplearon el cuestionario D-39. Los resultados obtenidos del estudio fueron que el 50% de los participantes predominó una calidad de vida (CV) buena y en el 50% mala. En relación a dimensión energía y movilidad, predominó un nivel bueno oscilando un 57,1%, seguido de control de diabetes en la que predominó un nivel bueno oscilando un 59,5%, ansiedad y preocupación predominó un nivel bueno en el 64,3%, sobre carga social predominó un nivel bueno con un 57,1% y en función sexual predominó un nivel bueno con un 50%. Concluyeron, que el participante de este estudio tuvo un mayor predominio una buena calidad de vida.

Surco J (32), en el 2018, en Arequipa-Perú, elaboró un trabajo titulado "Grado de cumplimiento del triple control y repercusión en la CV de pacientes con DMT2 en un Hospital en Arequipa". El estudio fue descriptivo-transversal, la población estuvo constituida por 94 personas entre 27 a 87 años en la que estuvieron incluidos 52 adultos mayores, para la valoración de la variable se empleó el cuestionario D-39. Los hallazgos del estudio fueron respecto a la calidad de vida en los participantes predominó un nivel malo oscilando un 94,68%, en relación con la dimensión energía y movilidad osciló un 68%, seguido de control de diabetes osciló un 60,04%, ansiedad y preocupación osciló un 21,19%, carga social osciló un 24,19% y función sexual osciló un 12,32%. Concluyeron, que la calidad de vida en los participantes con diabetes fue mala; por ello, es recomendable que el centro de salud realice intervención de forma integral para lograr mejorar los niveles de calidad de vida.

La calidad CV se ha convertido en una medida importante para valorar la condición de salud y tratamiento del paciente con una enfermedad crónica no curable como la DM2. La diabetes mellitus, de no ser controlada adecuadamente y no considerar tomar una vida sana que incluya cambios en el estilo de alimentación y actividad física, generará un impacto muy negativo en la salud de la persona que la padece, afectando su metabolismo interno, su salud física y emocional. Por ello, es importante poder valorar la CV en estos pacientes, ya que ello nos dará una mejor lectura de su condición de salud en varias dimensiones de la vida, solo así se podrá actuar y tomar las mejores decisiones en favor de su salud y bienestar general.

En la etapa inicial de este estudio, se pudo identificar a través de una revisión bibliográfica minuciosa (archivos bibliográficos nacionales e internacionales), que hay una limitada información sobre el tema realizado y el instrumento cuestionario D-39; además, señalar que en el lugar donde se realizó la recolección de datos no existía estudio antecedente alguno. Dicha situación respalda y justifica el desarrollo del presente estudio que busca con sus resultados, brindar conocimiento actualizado y pertinente que permita tener un mejor panorama de cómo está la situación de salud y bienestar de los pacientes participantes y a partir de ello se puedan establecer oportunidades de mejora en beneficio de ellos.

Los hallazgos del estudio estarán a disposición del equipo de gestión y profesionales del establecimiento de salud donde se realizó la investigación; con ello, podrán optimizar su proceso de atención y cuidados brindados al grupo de pacientes participantes.

En relación a la relevancia social, los hallazgos del estudio aportan y contribuyen con evidencia científica actualizada, que busca mejorar la atención en salud en beneficio de los pacientes adultos mayores con DM2.

El estudio fue realizado considerando para ello un marco metodológico basado en el método de la ciencia (método científico), que garantiza tener una orientación metodológica-teórica que respalda significativamente los resultados y conclusiones a las que se llegó. Esta contribución, aporta al cuerpo de conocimientos de la línea de investigación sobre ENT y diabetes que ya se ha constituido como un serio problema sanitario en el país.

El objetivo del presente estudio fue determinar la calidad de vida en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III ESSALUD, Puente Piedra, Lima – 2020.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue realizada teniendo como marco o paradigma al enfoque cuantitativo de la investigación, esto debido a que se midió la variable principal identificada en el problema con un instrumento cuantitativo y los datos que fueron recolectados fueron analizados mediante procedimientos de la estadística. El diseño o ruta seguida en este estudio fue el descriptivo transversal. Es descriptivo ya que se mostró cómo se comporta el problema en su medio natural; es transversal, ya que se hicieron las mediciones de variables una sola vez en el tiempo que duró la ejecución del estudio (33).

2.2 POBLACIÓN

En el presente estudio se trabajó con una población total o sea con población censal, conformada por 165 pacientes con DM2 que acuden al establecimiento de salud donde se realizó la investigación. Todos los pacientes están debidamente registrados y tienen historia clínica, teniendo la condición de continuadores (acuden más de una vez a la consulta). Además, se aplicó criterios de selección específicos que permitieron precisar aún más a los participantes finales que fueron en total 160.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con DM2 continuadores.
- Pacientes con DM2 adultos mayores (60 años a más).
- Pacientes con DM2 que manifiestan autónomamente querer ser parte de la investigación.
- Pacientes con DM2 que luego de ser informados, dieron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con DM2 que no son continuadores.
- Pacientes con DM2 menores de 60 años.

- Pacientes con DM2 que no desearon participar ni dar el consentimiento informado.

2.3 VARIABLE(S) DE ESTUDIO

El presente estudio presenta como variable principal de investigación, al constructo “Calidad de Vida”, ésta por sus características y naturaleza es una variable cualitativa, y su escala para valorar su medición es la ordinal.

Definición conceptual:

Es la percepción que tiene una persona acerca de su posición en la vida dentro de un contexto sociocultural que responde a un paradigma de valores; esto está en relación a sus metas, aspiraciones, estándares y preocupaciones, vinculadas a su salud y bienestar (19).

Definición operacional:

Es la percepción que tienen las personas adultas mayores con diabetes del servicio de medicina del CAP III EsSalud de Puente Piedra acerca de su posición en la vida dentro de un contexto sociocultural que responde a un paradigma de valores, esto está en relación a sus metas, aspiraciones, estándares y preocupaciones, vinculadas a su salud y bienestar, que se expresa en diversos dominios de su vida como energía y movilidad, control de diabetes, control y preocupación, sobrecarga social y función sexual; el cual será medido con el cuestionario Diabetes 39.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

En esta investigación la técnica de investigación utilizada fue la encuesta, siendo esta la de elección teniendo en cuenta el enfoque y características del estudio. Esta técnica es de fácil entendimiento por parte del participante y del encuestador, además su flexibilidad permite adecuarse a distintos escenarios y circunstancias, por ello es la más utilizada en investigaciones realizadas por clínicos y académicos. Esta técnica permite poder obtener una importante cantidad de datos en tiempos bastante cortos (34).

Instrumentos de recolección de datos:

En la última década, las enfermedades crónicas se han ido incrementando significativamente y son consideradas potenciales causales de muerte en el mundo, siendo la DM2 una de las enfermedades con mayor prevalencia en el mundo, la cual afecta a la población en general. Este problema de salud pública es una situación verdaderamente preocupante para los expertos en salud y de igual forma para los investigadores quienes intentan medir la CV de estas personas con el fin de poder contribuir mejor en su cuidado y tratamiento. El cuestionario de calidad de vida diabetes-39 o también denominado D-39, es un instrumento creado por G. Boyer en 1997, siendo un instrumento que tiene la finalidad de evaluar el nivel de CV en las personas con DMT2, así mismo este cuestionario es la versión traducida al español por el mismo autor original. Posterior a ello, el D-39 fue traducido a diversos idiomas en el mundo, ya que cuenta con una cifra alta de confiabilidad y validez, a su vez se determinó que es un cuestionario de fácil aplicación y sencillo entendimiento. El D-39 está estructurado por 39 ítems y se divide en 5 dimensiones, siendo energía-movilidad con (15 ítems), control de la diabetes (12 ítems), ansiedad-preocupación (4 ítems), carga social (5 ítems) y funcionamiento sexual (3 ítems). Los reactivos son orientados en base a estas facetas y las respuestas serán enfocadas al último mes de calidad de vida en los participantes son diabetes. Posterior a ello, su calificación se realiza mediante la escala Likert que consta de 1-7 puntos, siendo la calificación total de 0 a 100 puntos. Es importante aludir que cuanto más cerca este del 0 habrá menos afección su calidad de vida (CV) y mientras más lejos si influirá considerablemente en su CV (35).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

En cuanto a la validez del contenido, el cuestionario D-39, este fue validado de dos formas. En primer lugar, se realizó un juicio de expertos con la participación de 5 profesionales participantes, que luego de su valoración dieron como resultado promedio 88%, lo que se traduce en validez buena (Ver Anexo D). En segundo lugar, se hizo la validez estadística a través de pruebas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. La primera dio un puntaje de 0,962 ($KMO > 0,5$) y la segunda dio un nivel de significancia de 0,000 ($p < 0,001$). Ambos resultados respaldan la validez del cuestionario

(Anexo E). En cuanto a la fiabilidad del cuestionario, se calculó a través del coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor fue 0,994 (Anexo F).

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Antes de iniciar la recolección de datos, se realizaron una serie de actividades de coordinación y gestión, para obtener los permisos necesarios que permitieron tener acceso a las instalaciones del establecimiento de salud, y acceso a los pacientes participantes que acuden a este. Gracias a estas gestiones también se pudo tener acceso a información referida a los pacientes (características, cantidad, horarios propicios, etc.) que facilitó poder planificar la recolección de datos propiamente dicha.

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La recolección de datos se realizó en el último trimestre del año 2020. Para ello, se acudió al establecimiento de salud donde específicamente se abordó a los participantes al momento de espera de su consulta. Con cada uno de ellos se tomó un tiempo aproximado de 15 minutos para poder completar el cuestionario. Teniendo en cuenta que esta actividad se realizó durante la pandemia, se tuvo en cuenta para ello las recomendaciones y protocolos sanitarios que garantizaron el cuidado de los participantes y encuestador. Al concluir el procedimiento de recolección de información, se inició la verificación del llenado correcto y asignación de un ID a cada encuesta.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Concluido el trabajo de campo, los datos recolectados fueron ingresados a una matriz de información elaborada en el programa estadístico SPSS en su versión 26, este proceso se hizo de forma cuidadosa buscando evitar la presencia de datos perdidos al culminar el análisis. El estudio se valió de la estadística descriptiva para el análisis de datos, ahí se empleó herramientas como la distribución de frecuencias, aplicación de las medidas de tendencia central, y el uso de la función cálculo de variable del programa SPSS, con ello se pudo valorar los datos que se desprenden del objetivo general, objetivos específicos y los datos generales, luego del análisis se ordenaron los resultados en tablas y

figuras que fueron debidamente rotuladas y descritas para ser utilizadas finalmente en las secciones de discusión y conclusiones.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

En todo estudio de investigación del área de salud, se debe tener presente un marco bioético que permita garantizar el respeto a los seres humanos participantes y su desarrollo idóneo, todo ello para evitar transgresiones que vulneren los derechos y vida de los mismos. Los documentos que respaldan el actuar bioético en las investigaciones clínicas son la Declaración de Helsinki (36) y el Reporte Belmont (37), publicados en los años 1964 y 1978 respectivamente. El primero resalta el respeto a las decisiones libres de las personas y el uso del consentimiento informado, el segundo enfatiza en la aplicación de los principios bioéticos de autonomía-beneficencia-justicia (un año más adelante Beauchamp y Childress incluyen el de no maleficencia). Seguidamente se describe como se aplicaron estos principios.

Principio de autonomía

Invoca el respeto de los participantes, de debe considerar su libre elección, este principio es el fundamento de la aplicación del consentimiento informado (38).

A cada paciente diabético participante se le informó de forma clara y didáctica los alcances del estudio; asimismo, se les invitó cordialmente a dar su pleno consentimiento informado para formalizar su participación.

Principio de beneficencia

Resalta la búsqueda por todos los medios del máximo beneficio y bienestar en favor del participante o paciente (39).

A cada participante se le explicó detenidamente los beneficios y mejoras que trae un estudio.

Principio de no maleficencia

Resalta el hecho de no generar daño o dolor, se debe minimizar al máximo los efectos negativos o daño (40).

A cada participante involucrado en el estudio se le señaló que ser parte de la investigación no traería para él, consecuencias negativas de algún tipo; además, que no afectaría su salud o integridad.

Principio de justicia

Busca la no discriminación y distribución equitativa de beneficios (41).

Los participantes fueron abordados por igual, teniendo cada uno las mismas oportunidades, no hubo actitudes de preferencias de ningún tipo.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima-2020 (N=160)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	160	100
Edad	Min: 60 Max: 88 Prom:68,36	
De 60 a 69 años	108	67,5
De 70 a 79 años	48	30,0
De 80 a 88 años	4	2,5
Sexo del participante		
Femenino	80	50,0
Masculino	80	50,0
Estado civil		
Soltera/o	5	3,1
Conviviente	82	51,2
Casada/o	67	41,9
Divorciada/o	1	0,6
Viuda/o	5	3,1
Grado de instrucción		
Sin instrucción	3	1,9
Primaria	42	26,3
Secundaria	110	68,8
Estudios técnicos	5	3,1
Condición de ocupación		
Trabajador estable	5	3,1
Eventual	71	44,4
Sin Ocupación	73	45,6
Jubilado	10	6,3
Tipo de familia		
Nuclear	96	60,0
Extendida	23	14,4
Ampliada	32	20,0
Reconstituida	7	4,4
Persona sola	2	1,3

Elaboración propia

En la tabla 1. En cuanto a la edad, la edad mínima fue de 60 años, máximo de 88 años y media de 68,36. Asimismo, en cuanto a los rangos de edad, 108 personas representan el 67,5% tienen una edad entre 60 y 69 años, 48 personas representan el 30,0% tienen una edad entre 70 y 79 años y 4 personas representan el 2,5% tienen una edad entre 80 y 88 años. En cuanto al género, 80 personas representan el 50% son mujeres y 80 personas representan el 50% son hombres. En cuanto al estado civil, 82 personas representan el 51,2% son

conviviente, 67 personas representan el 41,9% son casada/o, 5 personas representan el 3,1% son soltera/o, 5 personas representan el 3,1% son viuda/o y 1 personas representan el 0,6% son divorciada/o. En cuanto al grado de instrucción, 110 personas representan el 68,8% tienen secundaria, 42 personas representan el 26,3% tienen primaria, 5 personas representan el 3,1% tienen estudios técnicos y 3 personas representan el 1,9% no tienen instrucción. En cuanto a la condición de ocupación, 73 personas representan el 45,6% no tienen ocupación, 71 personas representan el 44,4% tienen un trabajo eventual, 10 personas representan el 6,3% son jubilados y 5 personas representan el 3,1% tienen un trabajo estable. En cuanto al tipo de familia, 96 personas representan el 60% tienen una familia nuclear, 32 personas representan el 20% tienen una familia ampliada, 23 personas representan el 14,4% tienen una familia extendida, 7 personas representan el 4,4% tienen una familia reconstituida y 2 personas representan el 1,3% son persona solas.

Tabla 2. Calidad de vida en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160)

Calidad de vida	N	%
Bajo	38	23,8
Medio	79	49,4
Alto	43	26,9
Total	160	100,0

En la tabla 2, se observa que, en cuanto a la calidad de vida, que 79 personas representan el 49,4% tienen un nivel medio de calidad de vida, 38 personas representan el 23,8% tienen un nivel bajo de calidad de vida y 43 personas representan el 26,9% con un nivel alto de calidad de vida.

Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión energía y movilidad, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160)

Energía y movilidad	N	%
Bajo	38	23,8
Medio	98	61,3
Alto	24	15,0
Total	160	100,0

En la tabla 3, se observa que, en cuanto a la energía y movilidad, que 98 personas representan el 61,3% tienen un nivel medio de energía y movilidad, 38 personas representan el 23,8% tienen un nivel bajo de energía y movilidad y 24 personas representan el 15% con un nivel alto de energía y movilidad.

Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión control de la diabetes, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160)

Control de la diabetes	N	%
Bajo	36	22,5
Medio	80	50,0
Alto	44	27,5
Total	160	100,0

En la tabla 4, se observa que, en cuanto al control de la diabetes, que 80 personas representan el 50% y tienen un nivel medio de control de la diabetes, 44 personas representan el 27,5% y tienen un nivel alto de control de la diabetes y 36 personas representan el 22,5% con un nivel bajo de control de la diabetes.

Tabla 5. Calidad de vida según su dimensión ansiedad-preocupación, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160)

Ansiedad - Preocupación	N	%
Bajo	37	25,6
Medio	79	49,4
Alto	44	27,5
Total	160	100,0

En la tabla 5, se observa que, en cuanto a la ansiedad-preocupación, que 79 personas representan el 49,4% y tienen un nivel medio de ansiedad-preocupación, 44 personas representan el 27,5% y tienen un nivel alto de ansiedad-preocupación; finalmente, 37 personas representan el 25,6% con un nivel bajo de ansiedad-preocupación.

Tabla 6. Calidad de vida según su dimensión carga social, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160)

Carga social	N	%
Bajo	41	25,6
Medio	77	48,1
Alto	42	26,3
Total	160	100,0

En la tabla 6, se observa que, en cuanto a la carga social, que 77 personas representan el 48,1% y tienen un nivel medio de carga social, 42 personas representan el 26,3% y tienen un nivel alto de carga social; finalmente, 37 personas representan el 25,6% y tienen un nivel bajo de carga social.

Tabla 7. Calidad de vida según su dimensión funcionamiento sexual, en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III EsSalud, Puente Piedra, Lima – 2020 (N=160)

Funcionamiento sexual	N	%
Bajo	42	26,3
Medio	95	59,4
Alto	23	14,4
Total	160	100,0

En la tabla 7, se observa que, en cuanto a el funcionamiento sexual, que 95 personas representan el 59,4% tienen un nivel medio de funcionamiento sexual, 42 personas representan el 26,3% y tienen un nivel bajo de funcionamiento sexual; 23 personas representan el 14,4% y tienen un nivel alto de funcionamiento sexual.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

La diabetes en la actualidad es considerada una pandemia que afecta a población a nivel global, su abordaje y tratamiento debe enfocarse en diversos aspectos. La calidad de vida es un parámetro importante a valorar en el proceso de tratamiento de la diabetes, nos da un panorama más completo y amplio de cómo va la salud de estos pacientes afectados por esta enfermedad metabólica. La presente investigación fue desarrollada con el fin de valorar la calidad de vida en personas adultos mayores con diabetes.

En cuanto al objetivo general, se observa que el 49,4% (79 personas) presentan una calidad de vida media, el 26,9% (43 personas) calidad de vida alta y finalmente, el 23,8% (38 personas) presentan una calidad de vida baja. Los resultados en si son medianamente alentadores, esto quizás se deba a que los pacientes acuden a la consulta; quizás no fueron óptimos por estar en un contexto de emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19. En general la CV está disminuida en los pacientes diabéticos, en esta situación de pandemia; los problemas asociados al impacto negativo de esta y cambios en los estilos de vida por la cuarentena estricta, pueden ser la causa de ello. Similar a nuestro estudio fueron los resultados de Lygidakis C y colaboradores (26), quienes señalaron que en sus participantes también predominaron aquellos con una calidad de vida media (34,6%); igualmente Camacho A, en el 2020 (28), informó que la calidad de vida media obtuvo un 40,2% y Minchán E (30), señaló lo mismo ya que la calidad de vida media de los participantes se dio en el 46% de ellos. En todos ellos se vio que el control inadecuado de la enfermedad y no seguir las recomendaciones sobre adoptar estilos de vida saludables les genera problemas en la valoración de su CV. A diferencia de estas investigaciones Cuba Y (31), señaló que tanto el 50% de los participantes obtuvo una calidad de vida mala y el otro 50% una nivel bueno. Aunque en el estudio de Surco J (32), casi el total de los participantes obtuvo un nivel de calidad de vida malo. Asimismo, Britez M y Torres E (29), recomienda que la calidad de vida se tiene fomentar la promoción de la salud en estas personas por medio de intervenciones y sesiones educativas para mejorar su nivel de conocimientos frente a su enfermedad y así

reforzar u optimizar los factores relacionados a la calidad de vida. La mejora de la calidad de vida se ha considerado un objetivo clave de todas las intervenciones sanitarias, incluidos los programas de tratamiento de la DM. La DM2 es una enfermedad metabólica común en las personas mayores, ya que se considera un factor de riesgo importante de limitación funcional, movilidad reducida y pérdida de independencia (42).

Según la calidad de vida en su dimensión energía y movilidad, el 61,3% (98 personas) presentan una calidad de vida media, el 23,8% (38 personas) presentan una calidad de vida baja y finalmente, el 15% (24 personas) presentaron una calidad de vida alta. La presencia de comorbilidad puede afectar la movilidad del paciente diabético, lo que crea una barrera en la participación de actividades de la vida diaria. Cuba Y (31), en su investigación señaló que la dimensión energía y movilidad. Un mayor y control de la enfermedad, puede ayudar a contrarrestar ello; también la fisioterapia es una piedra angular que puede ayudar en la diabetes mellitus. Los programas de ejercicio y movimiento dirigidos por fisioterapia son clínicamente efectivos para ayudar a los pacientes diabéticos a producir los resultados deseados de CV (43).

Según la calidad de vida según su dimensión control de la diabetes, el 50% (80 personas) presentan una calidad de vida media, el 27,5% (44 personas) presentaron un nivel alto y finalmente el 22,5% (36 personas) un nivel bajo. El control de la enfermedad es fundamental en estos pacientes, el objetivo es lograr niveles normales de glucosa en sangre a través de adoptar estilos de vida saludables y la adherencia a la medicación. La DM2 es una condición de resistencia a la insulina con disfunción asociada de células beta. Por lo tanto, se debe fomentar una dieta baja en grasas saturadas, carbohidratos refinados, jarabe de maíz con alto contenido de fructosa y alta en fibra y grasas monoinsaturadas. El ejercicio aeróbico durante una duración de 90 a 150 minutos por semana también es beneficioso (44).

La dimensión ansiedad-preocupación, el 43,4% (79 personas) presentan un nivel medio, seguido del 27,5% (44 personas) un nivel alto y finalmente el 25,6% (37 personas) un nivel bajo. Shah S y colaboradores (27), señaló que el control de la diabetes osciló en un 48,59%; la ansiedad y preocupación osciló en un

57,34%, ahí obtuvieron una buena CV. El estudio de Cuba Y (31), obtuvo un nivel bueno tanto en las dimensiones control de la diabetes con 59,5% y ansiedad/preocupación con un 64,3%. A diferencia de estos estudios y nuestros resultados Britez M y Torres E (29), obtuvo una CV mala en sus participantes y tanto en las dimensiones control de la enfermedad con el 59% y ansiedad/preocupación obtuvo un 60% de un nivel malo. La tendencia creciente de la diabetes no solo depende de la calidad de la atención médica, el seguimiento de los regímenes de medicación preventiva y curativa adecuados, así como de los buenos hábitos alimentarios; sino que también puede verse influida por el envejecimiento y la falta de apoyo social-familiar que afecta su salud emocional (45).

Según la calidad de vida en su dimensión carga social, el 48,1% (77 personas) presentan un nivel de carga media, seguida del 26,3% (42 personas) presentan un nivel alto y el 25,6% (37 personas) un nivel bajo. La diabetes no solo afecta al paciente, también impacta en la familia y su entorno más cercano. La naturaleza fisiopatológica de la diabetes conduce a un enorme aumento de la necesidad y la demanda de servicios médicos, lo que provoca un elevado gasto sanitario relacionado con la diabetes; asimismo, los miembros de la familia pueden desempeñar un papel vital en el manejo de la enfermedad de un paciente, involucrarlos en las intervenciones de autocuidado puede influir positivamente en los resultados de la diabetes de los pacientes (46).

Según la dimensión funcionamiento sexual, el 59,4% (95 personas) presentan un nivel medio, el 26,3% (42 personas) presentaron un nivel bajo y el 14,4% (23 personas) presentaron un nivel alto. Las complicaciones asociadas con la diabetes pueden tener un impacto sobre la vida sexual y crear obstáculos durante su manejo. Minchán E (30), señaló que tanto las dimensiones carga social osciló en un 44% predominando un nivel regular y la función sexual osciló en un 37%, predominando un nivel regular. Es importante que el paciente conozca que el no estar controlada la enfermedad, esta afecta a muchos sistemas y funciones orgánicas, dentro de ellas la función sexual. Por tanto, es importante tener una planificación de intervenciones que eduquen y busquen mejorar de forma integral la salud de estos pacientes que deben aprender a convivir con esta enfermedad.

La DM si no está debidamente controlada impacta negativamente en la capacidad física, salud emocional y rol social del paciente; el control de glucosa en sangre, el ejercicio, una dieta sana baja en calorías y el cumplimiento terapéutico; es fundamental para poder convivir con la enfermedad. El profesional enfermero con su ciencia del cuidado debe trabajar en los aspectos de prevención y promoción de la salud, ahí se debe incidir en educar al paciente para que sea participe de su autocuidado, ello contribuirá significativamente en su salud, calidad de vida y bienestar.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la calidad de vida en los adultos mayores predominó el nivel medio, seguido de alta y baja.
- En cuanto a la calidad de vida en su dimensión energía y movilidad, en los adultos mayores predominó el nivel medio, seguido de baja y alta.
- En cuanto a la calidad de vida en su dimensión control de la diabetes, en los adultos mayores predominó el nivel medio, seguido de alto y bajo.
- En cuanto a la calidad de vida en su dimensión ansiedad-preocupación, en los adultos mayores predominó el nivel medio, seguido de alto y bajo.
- En cuanto a la calidad de vida en su dimensión carga social, en los adultos mayores predominó el nivel medio, seguido de alto y bajo.
- En cuanto a la calidad de vida en su dimensión funcionamiento sexual, en los adultos mayores predominó el nivel medio, seguido de bajo y alto.

4.3 RECOMENDACIONES

- Los resultados nos invitan a reflexionar sobre el manejo de los pacientes participantes. El establecimiento de salud debe considerar dentro de su planificación de atención integral a estas personas, reforzar aspectos relacionados a la educación en salud, alimentación saludable, práctica de actividad física y control de su peso-glucosa; ello es fundamental para mantener un adecuado control de la enfermedad que se traduce en mejores niveles de CV. Además, en esta situación de crisis sanitaria, se debe buscar informar adecuadamente a este tipo de pacientes la importancia de reforzar el autocuidado y vacunarse, ello para evitar infectarse por el coronavirus.
- Se sugiere que en estudios posteriores se realicen estudios que aborden este problema desde la perspectiva cualitativa y mixta, ello contribuirá a complementar la comprensión del problema.
- Se sugiere involucrar en estudios futuros, una población mayor, que permita poder tener resultados que puedan generalizarse a otras poblaciones parecidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canadian Institutes of Health Research. Institute of Aging [Internet]. Canada: CIHR; 2021 [actualizado en agosto de 2021; citado en septiembre de 2021]. Disponible en: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/8671.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2018 [actualizado en febrero de 2018; citado en septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
3. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing 2021-2030 [Internet]. Ginebra, Suiza: WHO; 2021 [actualizado en enero de 2021; citado en septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
4. Jing X, Chen J, Dong Y, Han D, Zhao H, Wang X, et al. Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes. [Internet]. 2018 [citado en setiembre de 2021];16:189. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6147036/>
5. Internation Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 9^a ed. Bruselas-Bélgica: IDF; 2019. 168 p. Disponible en: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
6. Cruz J, Apolinar L, Arellano M, Gutierrez A, Najera A, Cisneros N. Health and quality of life outcomes impairment of quality of life in type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. [Internet]. 2018 [citado en setiembre de 2021];16(1):94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29764429/>

7. Janssen L, Hiligsmann M, Elissen A, Joore M, Schaper N, Bosma J, et al. Burden of disease of type 2 diabetes mellitus: cost of illness and quality of life estimated using the Maastricht Study. *Diabet Med*. [Internet]. 2020 [citado en setiembre de 2021];37(10):1759–1765. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7539911/>
8. Zheng F, Liu S, Liu Y, Deng L. Effects of an Outpatient Diabetes Self-Management Education on Patients with Type 2 Diabetes in China: A Randomized Controlled Trial. *J Diabetes Res*. [Internet]. 2019 [citado en setiembre de 2021];2019:2-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6360047/>
9. Dhfer A, Royes J. Health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus in Eastern Province, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *PLoS One*. [Internet]. 2020 [citado en setiembre de 2021];15(1):1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6953887/>
10. Zhuang Y, Ma QH, Pan CW, Lu J. Health-related quality of life in older Chinese patients with diabetes. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [citado 21 de setiembre de 2021];15(2):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7046237/pdf/pone.0229652.pdf>
11. Fernandes I, Barbosa M, Dos Santos D, Pace A. Quality of life of people with diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 [Internet]. 2019 [citado en setiembre de 2021];53:e03424. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726340/>
12. Moghetti P, Balducci S, Guidetti L, Mazzuca M, Rossi E, Schena F. Walking for subjects with type 2 diabetes: A systematic review and joint AMD/SID/SISMES evidence-based practical guideline. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. [Internet]. 2020 [citado en setiembre de 2021];30(11):1882-1898. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32998820/>
13. Tietjen A, Ghandour R, Mikk N, Jerdén L, Eriksson J, Norberg M, et al.

Quality of life of type 2 diabetes mellitus patients in Ramallah and al-Bireh Governorate-Palestine: a part of the Palestinian diabetes complications and control study (PDCCS). Qual Life Res. [Internet]. 2021 [citado en setiembre de 2021];30(5):1408-1416. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33651277/>

14. Dhillon H, Nordin R, Ramadas A. Quality of life and associated factors among primary care Asian patients with type 2 diabetes mellitus. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2019 [citado 15 de septiembre de 2021];16(1):1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6801549/pdf/ijerph-16-03561.pdf>
15. Pham T, Nguyen T, Truong H, Trinh C, Du H, Ngo T, et al. Effects of Diabetic Complications on Health-Related Quality of Life Impairment in Vietnamese Patients with Type 2 Diabetes. Journal of Diabetes Research [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre de 2021];2020:2-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7003251/>
16. Ganasegeran K, Hor C, Jamil M, Loh H, Noor J, Hamid N, et al. A systematic review of the economic burden of type 2 diabetes in Malaysia. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre de 2021];17(16):1-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7460065/>
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad [Internet]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en mayo de 2021; citado en septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
18. Prajapati V, Blake R, Acharya L, Seshadri S. Assessment of quality of life in type II diabetic patients using the modified diabetes quality of life (MDQOL)-17 questionnaire. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences [Internet]. 2017 [citado 15 de septiembre de 2021];53(4):1-9. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/bjps/a/f36jWPRyjbQ9KwvFHNyn5mM/?format=pdf&lang=en>

19. The Whoqol Group. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* [Internet]. 1998 [citado 11 de mayo de 2020];46(12): 1569-1585. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9672396>
20. Abedini M, Bijari B, Miri Z, Shakhs F, Abbasi A. The quality of life of the patients with diabetes type 2 using EQ-5D-5 L in Birjand. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2020 [citado 15 de septiembre de 2021];18(1): 1-9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6990543/pdf/12955_2020_Article_1277.pdf
21. Bohn B, Herbst A, Pfeifer M, Krakow D, Zimny S, Kopp F, et al. Impact of physical activity on glycemic control and prevalence of cardiovascular risk factors in adults with type 1 diabetes: A cross-sectional multicenter study of 18,028 patients. *Diabetes Care* [Internet]. 2015 [citado 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/38/8/1536.full.pdf>
22. Chen Y, Sloan F, Yashkin A. Adherence to diabetes guidelines for screening, physical activity and medication and onset of complications and death. *Journal of Diabetes and its Complications* [Internet]. 2015 [citado 11 de mayo de 2020];29(8):1228-1233. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26316423>
23. Sami W, Ansari T, Butt N, Ab Hamid M. Type 2 diabetes mellitus: Link between diet, HBA1c and complications. *Australasian Medical Journal* [Internet]. 2016 [citado 11 de mayo de 2020];9(9):346-356. Disponible en: <https://www.amj.net.au/index.php/AMJ/article/viewFile/2708/1425>
24. Ohayon M. Prevalence and comorbidity of sleep disorders in general population. *La Revue du praticien* [Internet]. 2007 [citado 11 de mayo de 2020];57(14):1521-1528. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18018450>

25. Bjerggaard M, Charles M, Kristensen E, Lauritzen T, Sandbæk A, Giraldi A. Prevalence of Sexual Concerns and Sexual Dysfunction among Sexually Active and Inactive Men and Women with Screen-Detected Type 2 Diabetes. *Sexual Medicine* [Internet]. 2015 [citado 11 de mayo de 2020]; 3(4):302-310. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050116116300150>
26. Lygidakis C, Uwizihwe J, Bia M, Uwinkindi F, Kallestrup P, Vögele C. Quality of life among adult patients living with diabetes in Rwanda: a cross-sectional study in outpatient clinics. *BMJ Open*. [Internet]. 2021 [citado en setiembre de 2021];11(2):1.11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7896598/>
27. Jha N, Kumar D, Pyakurel P, Kumar S, Bahadur S. Study of health-related quality of life and health care utilization among type 2 diabetic population in an urban area of eastern Nepal. *International Journal of Endocrinology* [Internet] 2020 [citado en setiembre de 2021];20:1-10. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ije/2020/8839905/>
28. Camacho A. Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa Diabetimss de la Unidad de Medicina Familiar número 25 [tesis de maestría]. Puebla-México: Universidad Autónoma de Puebla; 2020 [citado en setiembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/11328/20200925160041-3146-T.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
29. Britez M, Torres E. Quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev. Nac.* [Internet]. 2017 [citado en setiembre de 2021];9(1):78-91. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884681>
30. Minchán E. Calidad de vida en ancianos con diabetes que acuden al consultorio de adulto mayor del Policlínico Chíncha, Lima – 2019 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Nolbert Wiener; 2020 [citado en setiembre de 2021]. Disponible en:

http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3753/TESIS_MINCHÁN_LAGOS_ELIZABETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y

31. Cuba Y. Calidad de vida en personas afectadas con diabetes que residen en el Asentamiento Humano Juan Pablo II, Los Olivos, Lima-2019 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [citado en setiembre de 2021]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3438/T061_42779792_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Surco J. Grado de cumplimiento del triple control y repercusión en la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2017 [tesis doctoral]. Arequipa-Perú: Universidad Católica de Santa María; 2018 [citado en setiembre de 2021]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7584/70.2345.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
34. Nardi P. Doing Survey Research. A Guide to quantitative methods. 4^a ed. Londres-Inglaterra: Editorial Routledge; 2018. 272 p.
35. Boyer J, Earp A. The development of an instrument to assess the quality of life of people with diabetes Diabetes-39. Medical care [Internet]. 1997 [citado en setiembre de 2021];35(5):1-4. Disponible en: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1997/05000/The_Development_of_an_Instrument_for_Assessing_the.3.aspx
36. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; citado el 8 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human->

subjects/

37. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. Estados Unidos; 1979 [citado en setiembre de 2021]. p. 1-10. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
38. Brothers KB, Rivera SM, Cadigan RJ, Sharp RR, Goldenberg AJ. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2019 [citado 2 de julio de 2021];47(1): 165-172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
39. Vaughn L. *Bioethics. Principles, Issues and Cases*. 3ª ed. New York - United States of America: Oxford University Press; 2016.
40. Gómez P. Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2009 [citado 25 de abril de 2021];55(4):230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
41. Barrow J, Brannan G, Khandhar P. *Research Ethics*. StatPearls [Internet] 2020 [citado en septiembre de 2021];2020:1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459281/>
42. Bianchi L, Volpato S. Muscle dysfunction in type 2 diabetes: a major threat to patient's mobility and independence. *Acta Diabetologica* [Internet]. 2016 [citado 10 de septiembre de 2021];53(6):879-889. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00592-016-0880-y>

43. Balk E, Earley A, Raman G, Avendano E, Pittas A, Remington P. Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs to Prevent Type 2 Diabetes Among People at Increased Risk. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2015 [citado 20 de septiembre de 2021];163(6):437-451. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692590/pdf/nihms744489.pdf>
44. Freeman H, Cox R. Type-2 diabetes: A cocktail of genetic discovery. *Human Molecular Genetics* [Internet]. 2006 [citado 15 de junio de 2021];15(2):16-18. Disponible en: https://watermark.silverchair.com/ddl191.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAqQwggKgBgkqhkiG9w0BBwagggKRMiICjQIBADCCAoYGCSqGSIB3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMFmDk3ZHtGrjGdPbfAgEQgIICV3zH7JukEINIOXOpyk-SLhI6HC0omMgLHxtB_j-ztUYMA7R_
45. Uk Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *The Lancet* [Internet]. 1998 [citado 15 de septiembre de 2021];352(1):837-853. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(98\)07019-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)07019-6/fulltext)
46. Baig A, Benitez A, Quinn M, Burnet D. Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Annals of the New York Academy of Sciences* [Internet]. 2015 [citado 20 de septiembre de 2021];1353(1):89-112. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624026/pdf/nihms701902.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE 1								
TÍTULO: CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTOS MAYORES CON DIABETES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL CAP III ESSALUD, PUENTE PIEDRA - 2020								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de vida en diabetes	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa	Es la percepción que tiene una persona acerca de su posición en la vida dentro de un contexto sociocultural que responde a un paradigma de valores, esto está en relación a sus metas, aspiraciones, estándares y preocupaciones, vinculadas a su salud y bienestar (19).	Es la percepción que tienen las personas adultas mayores con diabetes del servicio de medicina del CAP III EsSalud de Puente Piedra, acerca de su posición en la vida dentro de un contexto sociocultural que responde a un paradigma de valores, esto está en relación a sus metas, aspiraciones, estándares y preocupaciones, vinculadas a su salud y bienestar, que se expresa en diversos dominios de su vida como energía y movilidad, control de diabetes, control y preocupación, sobrecarga social y función sexual; el cual será medido con el cuestionario Diabetes 39.	Energía y Movilidad	Vigor y capacidad funcional	15 Ítems (3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35, 36)	Alto Medio Bajo	0 a 33 puntos 34 a 66 puntos 67 a 100 puntos
	Escala de medición: Nominal			Control de Diabetes	Número de controles y continuidad	12 Ítems (1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31, 39)		
				Ansiedad y preocupación	Experimentar dificultades y tensiones en la vida.	4 Ítems (2, 6, 8, 22)		
				Sobrecarga Social	Vida familiar y social	5 Ítems (19, 20, 26, 37, 38)		
				Función Sexual	Capacidad sexual	3 Ítems (21, 23, 30)		

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

CALIDAD DE VIDA EN DIABETES

CUESTIONARIO DIABETES 39

I. PRESENTACIÓN

Vengo desarrollando un estudio con el objetivo de determinar la calidad de vida en pacientes diabéticos, por lo que se solicita su apoyo brindándonos ciertos datos que nos permitan cumplir con nuestro objetivo. La participación es anónima.

II. DATOS GENERALES

Edad: ____años

Sexo:

Femenino Masculino

Estado Civil

Soltero(a) Casado Conviviente Divorciado(a) Viudo(a)

Nivel de instrucción: Sin instrucción Primaria Primaria completa Primaria Incompleta Secundaria completa Secundaria Incompleta Superior completo Superior Incompleto

Ocupación: Estable Eventual Sin Ocupación Jubilada(o) Estudiante No aplica

III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan enunciados. Conteste marcando solo una respuesta. Si Ud. tuviera alguna duda, preguntar a la persona a cargo de la entrevista.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

Este último mes ¿Cuánto ha afectado a tu calidad de vida	1	2	3	4	5	6	7
	No afecto para nada	Casi nada	Un poco	Regular	Mucho	Demasiado	Afecto tremendament e
1- El horario de tu medicina para la diabetes							
2- Preocupaciones por problemas económicos							
3- Niveles de cansancio							
4- Seguir el tratamiento prescrito que el médico te indicó para la diabetes							
5- Restricciones en la comida para el control de tu diabetes							
6- Preocupación por tu futuro							
7- Otros problemas de salud aparte de la diabetes							
8- Estrés o presiones en tu vida							
9- Sensación de debilidad							
10- Restricciones sobre la distancia que puede caminar							
11- Tener que hacer ejercicio							
12- Pérdida de la vista o visión borrosa							
13- No poder hacer lo que quieres							
14- Tener diabetes							
15- Aumento o disminución de tu azúcar							
16- Otras enfermedades aparte de la diabetes							
17- Hacerte pruebas para medir tu nivel de azúcar							
18- El tiempo requerido para controlar tu diabetes							
19- Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos							

20- Estar avergonzado debido a tu diabetes							
21- La interferencia de su diabetes en su vida sexual							
22- Sentirse triste o deprimido							
23-Problemas con tu funcionamiento sexual							
24- Tener su diabetes controlada							
25- Complicaciones debidas a su diabetes							
26- Hacer cosas que su familia y amigos no hacen							
27- Llevar un registro de tus niveles de azúcar							
28- La necesidad de comer a cada rato							
29- No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa							
30- Disminución en el interés sexual							
31- Ajustar tu horario a la diabetes							
32-Necesidad de descansar frecuentemente							
33-Problemas físicos tales como subir las escaleras							
34-Tener problemas para cuidarte a ti mismo (vestirse, bañarse ir al baño)							
35- Tener el sueño intranquilo							
36- Andar más despacio que otras personas							
37-Estar etiquetado como diabético							
38-Tener diabetes interfiriendo con tu vida familiar							
39-Diabetes en general							

Gracias por su colaboración

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Calidad de vida en personas adultos mayores con diabetes del servicio de medicina del Centro de Atención Primaria III ESSALUD, Puente Piedra, Lima – 2020

Nombre de los investigadores principales:

Amancio Izquierdo Principe

Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida en personas adultos mayores con diabetes del Servicio de Medicina del Centro de Atención Primaria III ESSALUD, Puente Piedra, Lima – 2020

Beneficios por participar: Podrá facilitársele los resultados del estudio por los medios adecuados.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que brinde es reservada y confidencial.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Amancio Izquierdo Principe, coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite_etica@uch.edu.pe.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital	
Nº de DNI:		
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp		
Correo electrónico		
Nombre y apellidos del investigador		Firma
Amancio Izquierdo Principe		
Nº de DNI		
46229945		
Nº teléfono móvil		
969908658		
Nombre y apellidos del responsable de encuestador		Firma
Nº de DNI		
Nº teléfono		
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados		Firma o huella digital
Nombre y apellido:		
DNI:		
Teléfono:		

Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.

.....
Firma del participante

Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Resultado
Profesional - 1	90%	85%	90%	85%	90%	88%
Profesional - 2	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Profesional - 3	85%	85%	90%	85%	90%	87%
Profesional - 4	90%	85%	90%	90%	90%	89%
Profesional - 5	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Valoración promedio						88%

Promedio general:	*Deficiente	0%-69%
	*Aceptable	70%-80%
	*Bueno	80%-90%
	*Excelente	90%-100%

La validez de contenido del instrumento fue de 88%, lo cual se interpreta como bueno.

Anexo E. Validez estadística del instrumento de recolección de datos

Se determinó la validez del cuestionario diabetes 39 (D-39), mediante la medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. La prueba de adecuación obtuvo un puntaje de 0,962 (KMO > 0,5). Conjuntamente, la prueba de especificidad de Bartlett obtuvo un nivel de significancia de 0,000 ($p < 0,001$). Ambas pruebas afirman la validez del instrumento.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,962
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3344,539
	gl	528
	Sig.	,000

Anexo F. Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del instrumento se determinó en función al coeficiente Alfa de Cronbach. El resultado de la prueba arrojó 0,994 ($\alpha > 0,6$), lo que confirma la hipótesis de confiabilidad general del instrumento. Además, se resolvió someter a la prueba de confiabilidad a todos los ítems ($i = 39$) con la función estadísticos total – elemento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach ,994	N de elementos 39