CUIDADO & SALUD PÚBLICA
Revista Científica / Scientific Journal Public Health and Care

ARTÍCULO ORIGINAL / RESEARCH ARTICLE

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 IDENTIFICADOS EN UN CONSULTORIO DE MEDICINA UBICADO EN LIMA-NORTE

QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES IDENTIFIED IN A MEDICAL OFFICE LOCATED IN NORTH-LIMA

Alexandra Celeste Zegarra Soto[1], Estefany Zegarra Soto[1]

[1]*Universidad de Ciencias y Humanidades. Facultad de Ciencias de la Salud. Lima. Perú.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo
Recibido: 17/03/2022
Aprobado: 28/05/2022
Publicado: 30/06/2022

Autor corresponsal
Alexandra Celeste Zegarra Soto
alezegarras@uch.pe

Financiamiento
Autofinanciado

Conflictos de interés
Los autores declaran no tener conflictos de interés

Citar como
Zegarra Soto AC, Zegarra Soto E. Calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte. Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública. 2022; 2(1): 48-55. DOI: 10.53684/csp.v2i1.43

Esta obra tiene una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 Internacional

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte. **Materiales y métodos:** El presente trabajo de investigacion fue desarrollado bajo la perspectiva del enfoque cuantitativo y su diseño metodológico fue descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 65 personas con diabetes tipo 2. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento utilizado fue el cuestionario SF-36, estructurado por 36 reactivos y 8 factores. **Resultados:** En calidad de vida, predomino el nivel alto con 52,3% (n=34), seguido del nivel muy alto con 29,2% (n=19), nivel bajo con 10,8% (n=7) y nivel promedio con 7,7% (n=5). Según sus dimensiones, en funcionamiento físico, predomino el nivel muy alto con 23,1% (n=34), en rol en funcionamiento/físico, predomino el nivel muy alto con 75,4% (n=49), en dolor, predomino el nivel muy alto con 78,5% (n=51), en salud general, predomino el nivel promedio con 69,2% (n=45), en energía/fatiga, predomino el nivel promedio con 33,8% (n=22), en función social, predomino el nivel alto con 52,3% (n=34), en función emocional, predomino el nivel muy alto con 63,1% (n=41), en bienestar emocional, predomino el nivel alto con 61,5% (n=40) y en cambio de salud, predomino el nivel promedio con 64,6% (n=42). **Conclusiones:** En calidad de vida, predomino el nivel alto con, seguido del nivel muy alto, nivel bajo y nivel promedio.

Palabra claves: Calidad de vida; Personas; Diabetes mellitus; Atención secundaria de salud (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life related to health in people with type 2 diabetes identified in a medical office located in Lima-Norte. **Materials and methods:** The present research work was developed under the perspective of the quantitative approach and its methodological design was descriptive and transversal. The population consisted of 65 people with type 2 diabetes. The data collection technique was the survey and the instrument used was the SF-36 questionnaire, structured by 36 items and 8 factors. **Results:** In quality of life, the high level prevailed with 52.3% (n=34), followed by the very high level with 29.2% (n=19), low level with 10.8% (n=7). and average level with 7.7% (n=5). According to its dimensions, in physical functioning, the very high level predominated with 23.1% (n=34), in functioning/physical role, the very high level predominated with 75.4% (n=49), in pain, the very high level prevailed with 78.5% (n=51), in general health, the average level predominated with 69.2% (n=45), in energy/fatigue, the average level predominated with 33.8% (n=22), in social function, the high level predominated with 52.3% (n=34), in emotional function, the very high level predominated with 63.1% (n=41), in emotional well-being, the high level with 61.5% (n=40) and in change of health, the average level prevailed with 64.6% (n=42). **Conclusions:** In quality of life, the high level prevailed with, followed by the very high level, low level and average level.

Keywords: Quality of life; Persons; Diabetes mellitus; Secondary care (Source: DeCS).

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica y podría afectar la salud como la calidad de vida A un mediano y largo plazo [1]. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), indico que 62 millones de personas en las américas viven con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) y 244 084 muertes a causa de la diabetes cada año. se estima que para el 2040, la cifra de casos alcanzará la marca de 109 millones con esta enfermedad [2].

El problema de la diabetes y su influencia en la CVRS es un problema de salud pública para los pacientes, las familias [3]. La enfermedad diabética, sus complicaciones, tratamientos y las actitudes subsiguientes de los pacientes dañan las dimensiones de la CVRS [4]. La calidad de vida se describe la satisfacción general con la vida [5] La CVRS se relaciona con el grado de vida de las personas y su bienestar general, así como con sus niveles de satisfacción con la vida como buenos o malos [6].

Un estudio indica que los factores asociados a la CVRS son el sexo, la edad, la situación financiera, el nivel educativo, las ocupaciones, el índice de masa corporal (IMC), los factores de riesgo modificables, las comorbilidades, el tipo de tratamiento y el estilo de vida [7].

Un estudio en Arabia saudita, sobre CV entre los pacientes diabéticos, participaron 274 pacientes con DM2, cuyos resultados indicaron que, De los cinco dominios de CV, el autocuidado tuvo la mayor proporción que no informó ningún problema (66,8%). El dominio de movilidad tuvo la mayor proporción de problemas graves informados (13,5%) y problemas extremos (2, 6%).Encontraron que el sexo femenino, los pacientes mayores de 75 años, el nivel socioeconómico bajo, los desempleados, los viudos presentaron menor CV [8].

Un estudio realizado por Zurita y colaboradores [9], en Suecia, donde participaron 1394 pacientes, en sus hallazgos indico que La CVRS Global tuvo una mediana de 50,1 puntos. El análisis bivariado mostró que la edad, el estado civil, el sexo, la ocupación, las comorbilidades, la duración de la DM2 y las comorbilidades tuvieron impacto en la CVRS. El modelo de regresión logística identificó la edad ([OR] 1,04) y la depresión (OR 4,4) como factores independientes que influían en la calidad de vida general. Los pacientes con DM2 tienen una peor CVRS, lo que se asocia a una alta frecuencia de depresión. La edad avanzada y la presencia de depresión deterioran la CVRS del paciente.

Un estudio en Vietnam, ejecutado por Kien y colaboradores [10], participaron 519 pacientes, cuyos resultados señalaron que Las pacientes femeninas tenían puntuaciones físicas y mentales más bajas que los pacientes masculinos. Los pacientes con mayor edad, comorbilidad y tratamiento con insulina tenían más probabilidades de tener una CVRS más baja. Mientras tanto, el nivel educativo y la práctica frecuente de ejercicio se asociaron positivamente con la CVRS.

Un estudio en República Checa, realizado por Kudlová y colaborador [11], donde participaron 167 pacientes, cuyos resultados indicaron que el 68% eran hombres y el 32% mujeres. Encontraron que los principales predictores negativos de la calidad de vida son: el tratamiento de la DM; la intensidad del dolor; la edad; la etiología de la herida; y el uso de silla de ruedas. Considerando que, los predictores negativos de la calidad de vida son: el tratamiento de la DM; la intensidad del dolor; el tamaño de la herida; la edad; y el uso de muletas.

Una investigacion desarrollada por Gálvez y colaboradores [12], en España, donde la población estuvo conformada por 60 pacientes, cuyos hallazgos indicaron que las mujeres mostraron una peor CVRS que los hombres. Los factores asociados como la edad, la evolución de la diabetes, la presencia de complicaciones agudas y crónicas y las comorbilidades, el tratamiento farmacológico y el control glucémico afectan a la CVRS de estos pacientes. Ademas, encontraron que vivir solo, tener un nivel socioeconómico bajo y necesitar ayuda con el autocuidado relacionado con la diabetes puede afectar negativamente la CV.

El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte.

MATERIALES Y MÉTODOS

Enfoque y diseño de estudio

En el presente trabajo se realizó desde un enfoque cuantitativo y su diseño metodológico fue descriptivo y transversal. Fue cuantitativo porque el instrumento de recopilación de información fue de tipo contable [13]. Fue descriptivo, porque muestra a la variable en su medio natural [14] y transversal, porque califica a la variable una vez en el tiempo [15].

Población de estudio

La investigacion conto con la participación de una población de personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina en Lima-Norte. Se obtuvo dicha información a través del registro de pacientes asistentes durante los últimos 2 meses facilitado por el departamento de enfermeria, gracias a ello, se pudo aproximar una población de 70 pacientes. Previo a ello, se aplicaron los criterios de selección (inclusión/exclusión) que nos permitió determinar

las características de los participantes y finalmente la población fueron 65 personas con diabetes.

Variable de estudio

En estudio tuvo como variable principal, el constructo "Calidad de vida", siendo esta de naturaleza cualitativa y de escala de medición de tipo ordinal. La definición conceptual de calidad de vida, se refiere a la percepción de bienestar y satisfacción del individuo relacionado a su condición de salud y de vida actual [16,18].

Técnica e instrumento de recolección de datos

En nuestro trabajo se utilizó la técnica de la encuesta, este es una herramienta de recolección de datos muy empleada en las investigaciones de tipo cuantitativos [19]. La encuesta es un instrumento muy conocido y valorado por su capacidad de adaptación a los diferentes muestras y poblaciones de estudio, además desataca por ser un instrumento que recoge la información en un tiempo corto de forma sistemática [20,21].

Para cumplir con el objetivo general del estudio y valorar la variable principal, se utilizó el cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud o Health-Related Quality of Life Questionnaire (SF-36). El cuestionario SF-36, fue desarrollado en Estados Unidos, en los años 90 [22]. Este es un instrumento tiene la finalidad de evaluar el nivel de bienestar de la persona frente a su condición de salud actual. El SF-36, es una herramienta de recolección de datos, destaca por sus excelentes propiedades psicométricas (validez/confiabilidad) y por ello, fue adaptado a diferentes culturas y traducido a diversos idiomas. El instrumento SF-36 comprende por 36 items y 9 dimensiones, las cuales son las siguientes: funcionamiento físico rol en funcionamiento/físico, dolor, salud general, energía/fatiga, función social, función emocional, bienestar emocional, cambio de salud. Para la calificación del SF-36, se debe de tomar en cuenta, loa escala Likert que consta de 5 alternativas, que va desde (1=Excelente hasta 5=Mala). El puntaje global del instrumento es 100 puntos y de acuerdo a los valores finales, estos se van a clasificar en cinco niveles: muy baja, baja, promedio, alta y muy alta [23,24].

Hoyos E [25], en el 2022, desarrollo en su investigacion la validez de contenido del cuestionario SF-36, este fue determinado por medio de la participación de 5 jueces expertos quienes dieron una valoraron de aceptable. La validez estadística se realizó mediante pruebas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin, cuyo valor fue de 0,919 (KMO>0,5) y la prueba de Bartlett fue 0,000 (p<0,001). La confiabilidad lo calcularon con el Alpha de Cronbach cuyo valor fue de 0,842 (α >0,6), interpretándose como fiable.

Para desarrollar el trabajo de campo, se solicitó el permiso correspondiente al director del consultorio, para el acceso a las instalaciones del consultorio de medicina de Lima Norte y poder abordar a las personas con diabetes tipo 2.

Se desarrolló la recolección de datos en el mes de octubre del 2021. El cuestionario SF-36, fue adaptado a un formato digital, mediante el formulario Google, el enlace de este fue facilitado y visualizado en un Smartphone. El tiempo que tuvo cada participante para el llenado del cuestionario fue 15 minutos. Ello se llevó, a cabo bajo estricto cumplimiento de las medidas sanitarias para cuidar la salud de los participantes y del encuestador, debido al contexto pandémico actual.

Análisis de datos

Para el analisis de los datos se usó la estadística de tipo descriptiva, por medio del programa estadístico SPSS versión 25, el cual permitió analizar la información recolectada. Después de haber ingresado la información a la matriz del SPSS, se utilizaron herramientas estadísticas para calcular la variable y sus dimensiones. Los hallazgos se presentaron en tablas, las cuales permitieron redactar las secciones de resultados y discusión. Finalmente se desarrollaron las conclusiones.

Consideraciones éticas

El estudio tomo en cuenta la bioética sanitaria, siendo esto una premisa imprescindible para el desarrollo de una investigacion en el campo de la salud, donde los participantes son seres humanos. En primer lugar, el documento de Helsinki [26], que indica el respeto de la decisión del participante a través del cumplimiento del consentimiento informado. En segundo lugar, el reporte Belmont, que refiere los principios éticos [27], de autonomía [28], beneficencia [29], no maleficencia [30] y justicia [31]. El presente trabajo de investigacion fue aprobado por un comité de ética institucional, el cual emitió el acta correspondiente.

RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes con diabetes tipo 2

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	65	100
Edad	Min: 30 Max: 70 Media: 45,22	
Sexo del participante		
Femenino	26	40,0

Masculino	39	60,0
Estado civil		
Soltero	4	6,2
Casado	20	30,8
Conviviente	40	61,5
Divorciado(a)	1	1,5
Grado de instrucción		
Primaria completa	1	1,5
Primaria incompleta	4	6,2
Secundaria completa	36	55,4
Secundaria incompleta	11	16,9
Superior completo	3	4,6
Superior incompleto	10	15,4
Condición de ocupación		
Estable	13	20,0
Eventual	38	58,5
Sin Ocupación	11	16,9
Jubilada/o	3	4,6

En cuanto a la tabla 1, se observa que, en cuanto a la edad, el mínimo fue 30 años, el máximo fue 70 años y la media fue 45,22. En cuanto al sexo, 39 participantes que representan el 60% son varones y 26 participantes que representan el 40% son mujeres. En cuanto al estado civil, 40 participantes que representan el 61,5% son convivientes, 20 participantes que representan el 30,8% son casados, 4 participantes que representan el 6,2% son solteros y 1 participante que representa el 1,5% es divorciado. En cuanto al grado de instrucción, 36 participantes que representan el 55,4% tienen secundaria completa, 11 participantes que representan el 16,9% tienen secundaria incompleta, 10 participantes que representan el 15,4% tienen superior incompleto, 4 participantes que representan el 6,2% tienen primaria incompleta, 3 participantes que representan el 4,6% tienen superior completo, 1 participantes que representan el 1,5% primaria completa. En cuanto a la condición de ocupacion, 38 participantes que representan el 58,5% tienen un trabajo eventual, 13 participantes que representan el 20% tienen un trabajo estable, 11 participantes que representan el 16,9% no tienen ocupacion y 3 participantes que representan el 4,6% son jubilados.

Tabla 2. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Baja	7	10,8
Promedio	5	7,7
Alta	34	52,3
Muy alta	19	29,2
Total	65	100.0

En la tabla 2, se observa que, en cuanto calidad de vida, 34 participantes que representan el 52,3% tienen un nivel alto, 19 participantes que representan el 29,2% tienen un nivel muy alto, 7 participantes que representan el 10,8% tienen un nivel bajo y 5 participantes que representan el 7,7% tienen un nivel promedio.

Tabla 3. Calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión funcionamiento físico en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Baja	4	6,2
Promedio	12	18,5
Alta	15	23,1
Muy alta	34	52,3
Total	65	100.0

En cuanto a la tabla 3, se observa que, en cuanto al funcionamiento físico, 34 participantes que representan el 52,3% tienen un nivel muy alto, 15 participantes que representan el 23,1% tienen un nivel alto, 12 participantes que representan el 18,5% tienen un nivel promedio y 4 participantes que representan el 6,2% tienen un nivel bajo.

Tabla 4. Calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión rol en funcionamiento/físico en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Muy baja	8	12,3
Alta	8	12,3
Muy alta	49	75,4
Total	65	100.0

En cuanto a la tabla 4, se observa que, en cuanto al rol en funcionamiento/físico, 49 participantes que representan el 75,4% tienen un nivel muy alto, 8 participantes que representan el 12,3% tienen un nivel alto, 8 participantes que representan el 12,3% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 5. Calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión dolor en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Muy baja	7	10,8

Promedio	3	4,6
Alta	4	6,2
Muy alta	51	78,5
Total	65	100.0

En cuanto a la tabla 5, se observa que, en cuanto al dolor, 51 participantes que representan el 78,5% tienen un nivel muy alto, 7 participantes que representan el 10,8% tienen un nivel muy bajo, 4 participantes que representan el 6,2% tienen un nivel alto y 3 participantes que representan el 4,6% tienen un nivel promedio.

Tabla 6. Calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión salud general en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Muy baja	4	6,2
Baja	7	10,8
Promedio	45	69,2
Alta	3	4,6
Muy alta	6	9,2
Total	65	100.0

En cuanto a la tabla 6, se observa que, en cuanto a la salud general, 45 participantes que representan el 69,2% tienen un nivel promedio, 7 participantes que representan el 10,8% tienen un nivel bajo, 6 participantes que representan el 9,2% tienen un nivel muy alto, 4 participantes que representan el 6,2% tienen un nivel muy bajo y 3 participantes que representan el 4,6% tienen un nivel alto.

Tabla 7. Calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión energía/fatiga en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Muy baja	3	4,6
Baja	16	24,6
Promedio	22	33,8
Alta	22	33,8
Muy alta	2	3,1
Total	65	100.0

En la tabla 7, se observa que, en cuanto a energía/fatiga, 22 participantes que representan el 33,8% tienen un nivel promedio, 22 participantes que representan el 33,8% tienen un nivel alto, 16 participantes que representan el 24,6% tienen nivel bajo, 3 participantes que representan el 4,6% tienen un nivel muy bajo y 2 participantes que representan el 3,1% tienen un nivel muy alto.

Tabla 8. Calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión función social en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Muy baja	1	1,5
Baja	5	7,7
Promedio	13	20,0
Alta	34	52,3
Muy alta	12	18,5
Total	65	100.0

En la tabla 8, se observa que, en cuanto a la función social, 34 participantes que representan el 52,3% tienen un nivel alto, 13 participantes que representan el 20% tienen un nivel promedio, 12 participantes que representan el 18,5% tienen un nivel muy alto, 5 participantes que representan el 7,7% tienen un nivel bajo y 1 participantes que representan el 1,5% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 9. Calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión función emocional en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Muy baja	8	12,3
Alta	16	24,6
Muy alta	41	63,1
Total	65	100.0

En la tabla 9, se observa que, en cuanto a la función emocional, 41 participantes que representan el 63,1% tienen un nivel muy alto, 16 participantes que representan el 24,6% tienen un nivel alto y 8 participantes que representan el 12,3% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 10. Calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión bienestar emocional en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Baja	5	7,7
Promedio	12	18,5
Alta	40	61,5
Muy alta	8	12,3
Total	65	100.0

En la tabla 10, se observa que, en cuanto al bienestar

emocional, 40 participantes que representan el 61,5% tienen un nivel alto, 12 participantes que representan el 18,5% tienen un nivel promedio, 8 participantes que representan el 12,3% tienen un nivel muy alto y 5 participantes que representan el 7,7% tienen un nivel bajo.

Tabla 11. Calidad de vida relacionada a la salud según su dimensión cambio de salud en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte (N=65).

Valores	n	%
Muy baja	4	6,2
Baja	13	20,0
Promedio	42	64,6
Alta	6	9,2
Total	65	100.0

En la tabla 11, se observa que, en cuanto al cambio de salud, 42 participantes que representan el 64,6% tienen un nivel promedio, 13 participantes que representan el 20% tienen un nivel bajo, 6 participantes que representan el 9,2% tienen un nivel alto y 4 participantes que representan el 6,2% tienen un nivel muy bajo.

DISCUSIÓN

En el presente estudio plantea el tema de CVRS en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte, fue abordado desde una mirada promocional y busca contribuir con conocimiento nuevo para mejorar la salud de los participantes.

En cuanto calidad de vida, 34 participantes con 52,3% tienen un nivel alto, 19 participantes con 29,2% tienen un nivel muy alto, 7 participantes con 10,8% tienen un nivel bajo y 5 participantes con 7,7% tienen un nivel promedio. El 18,5% de los encuestados indicaron niveles bajos y promedios, Zurita y colaboradores [9], indico que estos resultados podría deberse que a una edad avanzada, el estilo de vida, la condición de salud, la presencia de comorbilidades, tiempo de la enfermedad, tipo de tratamiento, cuidados que lleva sobre su salud, la presencia de complicaciones y la ausencia de una atención en salud. Gálvez y colaboradores [12],señala que esto podría deberse al nivel educativo del participante, la edad, el sexo, grado de conciencia sobre su enfermedad, el apoyo familiar, la carga económica de la DM2 y los habitos nocivos.

En cuanto al funcionamiento físico, 34 participantes con 52,3% tienen un nivel muy alto, 15 participantes con 23,1% tienen un nivel alto, 12 participantes con 18,5% tienen un nivel promedio y 4 participantes con 6,2% tienen un nivel bajo. El 24,7% de los participantes señalo niveles promedios y bajos. En cuanto al rol en funcionamiento/físico, 49 participantes con 75,4% tienen un nivel muy alto, 8 participantes con 12,3% tienen un nivel alto, 8 participantes con 12,3% tienen un nivel muy bajo. El 87,7% presentaron niveles muy altos y altos. Kien y colaboradores [10],manifestaron que estos resultados se deberían a la condición de salud, factores de riesgo modificables, la condición laboral, la edad, el género, padecer de comorbilidades presencia de factores de riesgo modificables que afectan su salud y no contar con una atención integral oportuna.

En cuanto al dolor, 51 participantes con 78,5% tienen un nivel muy alto, 7 participantes con 10,8% tienen un nivel muy bajo, 4 participantes con 6,2% tienen un nivel alto y 3 participantes con 4,6% tienen un nivel promedio. El 15,4% de los participantes señalaron niveles bajos y promedios. Zurita y colaboradores [9], manifestaron que podría deberse a la presencia de complicaciones de la enfermedad, evolución de los síntomas severos de la DM2, presencia de disfuncionalidad física, falta de adherencia al tratamiento médico y falta de una atención integral en salud.

En cuanto a la salud general, 45 participantes que representan el 69,2% tienen un nivel promedio, 7 participantes con 10,8% tienen un nivel bajo, 6 participantes con 9,2% tienen un nivel muy alto, 4 participantes con 6,2% tienen un nivel muy bajo y 3 participantes con 4,6% tienen un nivel alto. El 86,2% de los participantes señalo niveles promedios, bajos y muy bajos. En cuanto a energía/fatiga, 22 participantes con 33,8% tienen un nivel promedio, 22 participantes con 33,8% tienen un nivel alto, 16 participantes con 24,6% tienen nivel bajo, 3 participantes con 4,6% tienen un nivel muy bajo y 2 participantes con 3,1% tienen un nivel muy alto. El 63% presentaron niveles promedios, bajos y muy bajos. Gálvez y colaboradores [12], refirieron que esto podría deberse al impacto de la enfermedad en su salud, presencia de cuidados inadecuados, un estilo de vida inadecuado, presencia de comorbilidades, deterioro físico y sensorial, falta de conciencia sobre su condición de salud, presencia de estado de ánimo negativo y agotamiento por discapacidad física.

En cuanto a la función social, 34 participantes con 52,3% tienen un nivel alto, 13 participantes con 20% tienen un nivel promedio, 12 participantes con 18,5% tienen un nivel muy alto, 5 participantes con 7,7% tienen un nivel bajo y 1 participantes con 1,5% tienen un nivel muy bajo. El 29,2% de los encuestados señalo niveles promedios, bajos y muy bajos. Zurita y colaboradores [9], indicaron que estos resultados se deberían a la estigmatización de la enfermedad, la falta de grupos de apoyo familiar y social, deterioro sensorial, discapacidad cognitiva, estado de ánimo, disposición de la persona para interrelacionarse. Kudlová y colaborador [11], señalaron que esto podría deberse a una edad avanzada, un estado de salud deteriorado a causa de la enfermedad, limitaciones/discapacidades físicas, falta de redes de apoyo,

los cuales son factores que condicionan a la reducción de esta dimensión y afecta su CV.

En cuanto a la función emocional, 41 participantes con 63,1% tienen un nivel muy alto, 16 participantes con 24,6% tienen un nivel alto y 8 participantes con 12,3% tienen un nivel muy bajo. El 87,7% de los encuestados indico niveles muy altos y altos. En cuanto al bienestar emocional, 40 participantes con 61,5% tienen un nivel alto, 12 participantes con 18,5% tienen un nivel promedio, 8 participantes con 12,3% tienen un nivel muy alto y 5 participantes con 7,7% tienen un nivel bajo. El 26,2% tiene niveles promedios y bajos. Gálvez y colaboradores [12], mencionaron que estos resultados se deberían a la carga emocional que les genera la enfermedad, presencia de una condición de salud deteriorada, presencia de complicaciones, falta de apoyo psicológico, presencia de ansiedad y depresion, condición laboral, carga familiar y estigmatización de la patología.

En cuanto al cambio de salud, 42 participantes con 64,6% tienen un nivel promedio, 13 participantes con 20% tienen un nivel bajo, 6 participantes con 9,2% tienen un nivel alto y 4 participantes con 6,2% tienen un nivel muy bajo. El 84,6% presentaron niveles promedios y bajos. Zurita y colaboradores [9], indico que esto se debería a la carga económica de la enfermedad, el estilo de vida, la adherencia al tratamiento, las condiciones sociodemográficas, residir en zonas rurales y limitado acceso a una atención sanitaria.

Es importante que las autoridades sanitarias y en articulación con el personal de enfermeria aumenten sus esfuerzos en planificar y ejecutar nuevas estrategias dirigidas a los pacientes diabéticos, donde aborden los factores podrían mejorar la calidad de vida de los pacientes de manera más eficiente [32].

Asi mismo se sugiere que la CVRS de los pacientes con DM2 puede verse afectada por varios factores, incluidos los demográficos, el estilo de vida y los clínicos. Los programas de asesoramiento educativo ayudarían a las personas a comprender su estado de salud y su tratamiento, mejorando así su adherencia al tratamiento y su actitud positiva hacia la diabetes. Además, es importante proporcionar intervenciones para limitar las complicaciones de la diabetes, los efectos secundarios médicos y ofrecer apoyo psicológico durante el tratamiento [33].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chung j, Hyeok D, Chung J, Chung M. Assessment of factors associated with the quality of life in Korean type 2 diabetic patients. Intern Med . [revista en Internet] 2018 [acceso 14 de enero de 2022]; 52(2):1-4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23318846/
2. World Health Organization. Diabetes [sede Web]. Ginebra-Zuiza: WHO; 2021 [actualizado en 2021; acceso 14 de enero de 2022]. [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/diabetes
3. Mokdad A, Ford E, Bowman B, Nelson D, Engelgau M, Vinicor F, et al. Diabetes trends in the U.S.: 1990-1998 A. Diabetes Care. [revista en Internet] 2000 [acceso 14 de enero de 2022]; 23(9):1-4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10977060/
4. Dasbach E, Klein R, Klein B, Moss S. Self-rated health and mortality in people with diabetes. Am J Public Health. [revista en Internet] 1994 [acceso 14 de enero de 2022]; 84(11):1-3. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7977916/
5. Moons P, Budts W, Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. Int J Nurs Stud. [revista en Internet] 2006 [acceso 14 de enero de 2022]; 43(7): 1-4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16696978/
6. Holtslag H, Beeck E, Lichtveld R, Leenen L, Lindeman E, Werken C. Individual and population burdens of major trauma in the Netherlands. Bull World Health Organ [revista en Internet] 2018 [acceso 14 de enero de 2022]; 86(2):1-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18297165/
7. Pham T, Nguyen T, Truong H, Trinh C, Thi 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 [revista en Internet] 2018 [acceso 16 de enero de 2022]; 2020: 1-5. Disponible en: https://www.hindawi.com/journals/jdr/2020/4360804/
8. Alsuwayt S, Almesned M, Alhajri S, Alomari N, Alhadlaq R, Alotaibi A. Quality of life among type II diabetic patients attending the primary health centers of King Saud Medical City in Riyadh, Saudi Arabia. J Family Med Prim Care [revista en Internet] 2018 [acceso 14 de enero de 2022]; 10(8): 1-7. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8483077/
9. Zurita J, Manuel 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. [revista en Internet] 2018 [acceso 14 de enero de 2022]; 16(1): 1-3. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29764429/
10. Kien N, Hoa N, Duc D, Wens J. Health-related quality of life and associated factors among patients with type II diabetes mellitus. Health Psychology Open [revista en Internet] 2021 [acceso 16 de enero de 2022]; 2021(1): 1-15. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055102921996172
11. Kudlová P, Kočvarová I. Quality of life in patients with diabetic foot ulcers. Cent Eur J Nurs Midw [revista en Internet] 2020 [acceso 16 de enero de 2022]; 11(1): 1-5. Disponible en: https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-202001-0006_quality-of-life-in-patients-with-diabetic-foot-ulcers.php
12. Gálvez I, Cáceres M, Guerrero J, López C, Durán N. Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care. Enferm Clin (Engl Ed). [revista en Internet] 2021 [acceso 14 de enero de 2022]; 31(5):1-3. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34376354/
13. Bhattacharya PK. Research Methodology in the Health Sciences: A Quick Reference Guide. New York - USA: McGraw Hill; 2021. 177 p.
14. Ñaupas H, Valdivia M, Panacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa - cualitativa y redacción de la tesis. 5ª ed. Bogotá-Colombia: Ediciones de la U; 2018. 560 p.
15. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Methodology of the most used study types and designs in clinical research Methodology of the most used study designs in clinical research. Médica Clínica Las Condes [revista en Internet] 2019 [acceso 5 de febrero de 2022]; 30(1): 36-49. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057
16. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs B, Andersen J, Andersen M, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in

medicine and health sciences. Qual Life Res. [revista en Internet] 2019 [acceso 14 de abril de 2022]; 28(10): 1-3. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31187410/#affiliation-5

17. Dimenäs E, Dahlöf C, Jern S, Wiklund J. Defining quality of life in medicine. Scand J Prim Health Care Suppl . [revista en Internet] 1990 [acceso 14 de abril de 2022]; 1(!): 1-3. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2100369/
18. Cella D. Quality of life: concepts and definition. J Pain Symptom Manage. [revista en Internet] 1994 [acceso 14 de abril de 2022]; 9(3): 1-4. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8014530/
19. Nardi P. Doing Survey Research. A Guide to quantitative methods. 4ª ed. Londres-Inglaterra: Editorial Routledge; 2018. 272 p.
20. Story DA, Tait AR. Survey Research. Anesthesiology [revista en Internet] 2019 [acceso 13 de abril de 2022]; 130(2): 192-202. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30688782/
21. Alvira Martín F. La encuesta: una perspectiva general metodológica. Cuadernos Metodológicos 35. 2ª ed. Madrid-España: Centro de Investigaciones Sociológicas - CIS; 2011. 122 p.
22. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [revista en Internet] 2005 [acceso 16 de abril de 2022]; 19(2): 135-150. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
23. Health Care. 36-Item Short Form Survey (SF-36) [sede Web]. Santa Monica-California: Health Care; 2022 [actualizado marzo de 2022; acceso 23 de mayo de 2022]. [Internet]. Disponible en: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html
24. Vilagut G, Ferrer M, Rajmi L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria [revista en Internet] 2005 [acceso16 de abril de 2022]; 19(2): 135-150. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
25. Hoyos E. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia en pacientes hipertensos de un establecimiento de salud en San Martin de Porres, 2022 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universida de Ciencias y Humanidades; 2022. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/654/Hoyos_E_tesis_enfermeria_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association [revista en Internet] 2021 [acceso 13 de abril de 2022]; 20(59): 1-15 [Internet]. Disponible en: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/
27. 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. p. 1-10. Disponible en: https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html
28. Vaughn L. Bioethics. Principles, Issues and Cases. 3ª ed. New York-United States of America: Oxford University Press; 2016.
29. Veatch RM, Guidry-Grimes LK. The basics of bioethics. 4a ed. Londres-Reino Unido: Routledge; 2020. 324 p.
30. Cantu P. Bioetica e investigacion en salud. 4ª ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
31. Mandal J, Ponnambath D, Parija S. Bioethics: A brief review. Trop Parasitol. [revista en Internet] 2017 [acceso 29 de enero de 2022]; 7(1): 5–7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28459009/
32. 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 [revista en Internet] 2018 [acceso 27 de enero de 2022];16(1): 1-3. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6147036/
33. Kien N, Phuong N, Duc D, Wens J. Health-related quality of life and associated factors among patients with type II diabetes mellitus. Health Psychol Open. [revista en Internet] 2021 [acceso 14 de febrero de 2022]; 8(1): 1-8. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7905732/#bibr30-2055102921996172