



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

**CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO
2 QUE ACUDEN A LA CLÍNICA PARTICULAR DIVINO
NIÑO JESÚS EN LIMA-SUR, 2023**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

MANRIQUE CASTRO MARÍA ANGÉLICA

<https://orcid.org/0000-0001-5486-4822>

HINOSTROZA PALACIOS DIEGO ALEXANDER

<https://orcid.org/0000-0002-7874-0311>

ASESOR:

Dr. MATTA SOLIS EDUARDO PERCY

<https://orcid.org/0000-0001-9422-7932>

LIMA – PERÚ

2023

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **DIEGO ALEXANDER HINOSTROZA PALACIOS**, con DNI **73991869**, en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el **TÍTULO PROFESIONAL**(grado o título profesional que corresponda) de título **“CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 QUE ACUDEN A LA CLÍNICA PARTICULAR DIVINO NIÑO JESÚS EN LIMA-SUR, 2023”**, **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**¹ que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de DIECISIETE POR CIENTO (**17%**) y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presentedocumento a los 05 días del mes de abril del año 2023.



DIEGO ALEXANDER HINOSTROZA PALACIOS
73991869



DR. MATTA SOLIS, EDUARDO P
42248126

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, **MARIA ANGELICA MANRIQUE CASTRO** con DNI **41648890** , en mi condición de autor(a) de la tesis/ trabajo de investigación/ trabajo académico presentada para optar el **TÍTULO PROFESIONAL** (grado o título profesional que corresponda) de título **“CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 QUE ACUDEN A LA CLÍNICA PARTICULAR DIVINO NIÑO JESÚS EN LIMA-SUR, 2023”**, **AUTORIZO** a la Universidad María Auxiliadora (UMA) para reproducir y publicar de manera permanente e indefinida en su repositorio institucional, bajo la modalidad de acceso abierto, el archivo digital que estoy entregando, en cumplimiento a la Ley N°30035 que regula el Repositorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación de acceso abierto y su respectivo Reglamento.

Asimismo, **DECLARO BAJO JURAMENTO**¹ que dicho documento es **ORIGINAL** con un porcentaje de similitud de DIECISIETE POR CIENTO (**17%**) y que se han respetado los derechos de autor en la elaboración del mismo. Además, recalcar que se está entregado la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado evaluador.

En señal de conformidad con lo autorizado y declarado, firmo el presente documento a los 05 días del mes de abril del año 2023.



MARIA ANGELICA MANRIQUE CASTRO
PERCY 41648890

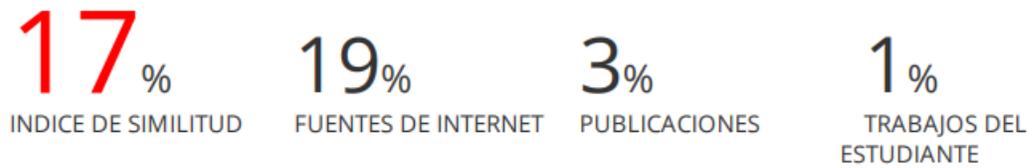


DR. MATTA SOLIS, EDUARDO
42248126

1. Apellidos y Nombres
2. DNI
3. Grado o título profesional
4. Título del trabajo de Investigación
5. Porcentaje de similitud

IF MANRIQUE-HINOSTROZA

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	10%
2	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	6%
3	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
4	libros.cidepro.org Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

Índice general

Índice general	5
Índice de Tablas	6
Índice de Anexos	7
Resumen	8
Abstract	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. MATERIALES Y METODOS	21
III. RESULTADOS	27
IV. DISCUSIÓN	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	53

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de personas con diabetes tipo 2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús en Lima-Sur, 2023 (N=90).....	27
Tabla 2. Calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús en Lima-Sur, 2023 (N=90).....	28
Tabla 3. Calidad de vida según su funcionamiento físico (N=90).	29
Tabla 4. Calidad de vida según su rol físico (N=90).....	30
Tabla 5. Calidad de vida según su dolor corporal (N=90).....	31
Tabla 6. Calidad de vida según su salud general (N=90).	32
Tabla 7. Calidad de vida según su vitalidad (N=90).....	33
Tabla 8. Calidad de vida según su función social (N=90).	34
Tabla 9. Calidad de vida según su rol emocional (N=90).....	35
Tabla 10. Calidad de vida según su salud mental (N=90).....	36
Tabla 11. Calidad de vida según su cambio de salud (N=90).....	37

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	54
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	55
Anexo C. Consentimiento informado	60

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús en Lima-Sur, 2023.

Materiales y métodos: Se asumió el enfoque cuantitativo y el diseño metodológico fue descriptivo-transversal. La muestra fue de 90 diabéticos. La encuesta fue la técnica aplicada y el instrumento de medición el cuestionario SF-36.

Resultados: En cuanto a la Calidad de vida, presento mayor frecuencia el valor alto con 48,9% (n=44), continuando con muy alto con 30% (n=27), promedio con 11,1% (n=10) y bajo con 10% (n=9). En dimensiones, en funcionamiento físico, prevaleció el valor muy alto con 48,9% (n=44), en rol físico, el valor muy alto con 75,6% (n=68), en dolor corporal, el valor muy alto con 72,2% (n=65), en salud general, el valor promedio con 56,7% (n=51), en vitalidad, el valor alto con 35,6% (n=32), en función social, el valor alto con 43,3% (n=39), en rol emocional, el valor muy alto con 56,7% (n=51), en salud mental, predominó el nivel alto con 61,1% (n=55) y en cambio de salud, predominó el nivel alto con 56,7% (n=51).

Conclusiones: En cuanto a la Calidad de vida, predominó el nivel alto, seguido del nivel muy alto, nivel promedio y nivel bajo.

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

Abstract

Objective: To determine the quality of life in people with type 2 diabetes who attend the Divino Niño Jesús private clinic in Lima-Sur, 2023.

Materials and methods: Se asumió el enfoque cuantitativo y el diseño metodológico fue descriptivo-transversal. La muestra fue de 90 diabéticos. La encuesta fue la técnica aplicada y el instrumento de medición el cuestionario SF-36.

Results: En cuanto a la Calidad de vida, presento mayor frecuencia el valor alto con 48,9% (n=44), continuando con muy alto con 30% (n=27), promedio con 11,1% (n=10) y bajo con 10% (n=9). En dimensiones, en funcionamiento físico, prevaleció el valor muy alto con 48,9% (n=44), en rol físico, el valor muy alto con 75,6% (n=68), en dolor corporal, el valor muy alto con 72,2% (n=65), en salud general, el valor promedio con 56,7% (n=51), en vitalidad, el valor alto con 35,6% (n=32), en función social, el valor alto con 43,3% (n=39), en rol emocional, el valor muy alto con 56,7% (n=51), en salud mental, predominó el nivel alto con 61,1% (n=55) y en cambio de salud, predominó el nivel alto con 56,7% (n=51).

Conclusions: Regarding the Calidad de vida, the high level predominated, followed by the very high level, average level and low level.

Keywords: Quality of life; Persons; Diabetes mellitus type 2 (Source: DeCS)

I. INTRODUCCIÓN

Los problemas sanitarios vinculados a las enfermedades no transmisibles (ENT), se hacen continuamente más notorios, la pandemia por coronavirus agudizó tal situación, en donde estas patologías se hacen cada vez más prevalentes generando mayor mortalidad/morbilidad en la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este conjunto de patologías genera 41 millones de muertes anualmente, de este alrededor del 50% fallecen antes de los 75 años, presentándose este fenómeno con más incidencia en naciones recaudaciones inferiores o medias. De todas las ENT, la diabetes mellitus (DM) y sus complicaciones renales, genera 2 millones de defunciones por año. El control de salud es fundamental en la atención para dar una respuesta oportuna a esta enfermedad de evolución crónica que afecta la calidad de vida y la tranquilidad de la población global (1) .

La DM es desde hace unas décadas un problema sanitario grave que perjudica a la población global. En casi 4 décadas (1980 al 2014) pasamos de tener 108 a 422 millones de personas con esta enfermedad crónica, siendo este incremento más evidente en zonas con economías de renta baja a mediana. Al ser un mal sistémico, daña con el tiempo el sistema visual, renal, cardíaco, circulación cerebral y circulación de los pies. Comer sanamente, hacer actividad física, tener un peso corporal normal y evitar fumar, son medidas que previenen esta enfermedad o retrasan su presencia. Mantener estilos de vida sanos, controlar la salud y cumplir con el tratamiento terapéutico, permite controlar esta enfermedad metabólica. La DM será de a clase 1 (DM1) o clase 2 (DM2), en donde la primera representa el 5% y el segundo el 95% de individuos diabéticos respectivamente (2).

Según el Atlas (edición 10^o 2021) de la International Diabetes Federation (IFD), a nivel global se contabilizan 537 millones de personas con DM (10% de la población). Se proyecta que para el 2045, el número de personas con DM serán 783 millones. La DM2 ocasiona gasto para el sistema de salud, las familias y pacientes (3).

Durante la pandemia por COVID-19, la DM surgió como una condición de salud que incremento la probabilidad de una enfermedad grave. Casi 4 de cada 10 adultos que murieron por COVID-19 en los Estados Unidos también tenían diabetes (4).

Un estudio realizado en China, sobre Calidad de vida de pacientes con DM2, donde participaron 57,09 pacientes y sus resultados señalan que hacer más ejercicios físicos (los OR combinados oscilaron entre 0,635 y 0,825 para diferentes escalas, menos de 1,00), controlar la glucosa con más frecuencia [OR combinado (IC del 95 %): 0,175 (0,041, 0,756)] se asociaron con una mejor Calidad de vida. Encontraron que la presencia de complicaciones (Los OR agrupados variaron de 1,462 a 3,038), una mayor duración de la diabetes [OR (95% %IC): 1,865 (1,088, 3,197)], una dieta con más carne roja [OR (IC 95%): 2,085 (1,063, 4,089)] y presencia de depresión (Los OR oscilaron entre 3,003 y 11,473) se asociaron con una peor Calidad de vida (5).

Un estudio desarrollado en Irán, sobre Calidad de vida de pacientes con DM2, donde fueron participes 100 pacientes y sus resultados indican que los puntajes, en cuanto a los dominios de la Calidad de Vida: función física ($21,44 \pm 3,24$), bienestar psicológico ($27,42 \pm 3,34$) y factor ambiental ($27,02 \pm 4,68$) presentan diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,0001$). Por otro lado, encontraron que no hay diferencia alguna para el dominio de las relaciones sociales y la actividad física. Encontraron que la actividad física tuvo un efecto significativo en todos los aspectos de la Calidad de vida y en las relaciones sociales de las personas con DM2 (6).

Un estudio realizado en Indonesia, sobre Calidad de vida en pacientes con DM2, donde tuvieron como participantes a 89 pacientes y sus resultados mostraron una relación significativa entre el manejo del autocuidado y la Calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 ($p=0,000$) con nivel moderado y dirección positiva. Encontraron que las personas con diabetes afrontaron bien el manejo de su enfermedad, que fue apoyado por la familia y los profesionales de la salud. La educación sanitaria sostenible y la motivación de los pacientes y familiares son importantes para que los pacientes realicen siempre un manejo de autocuidado para mejorar la Calidad de vida (7).

Un estudio ejecutado en Nepal, sobre Calidad de vida en pacientes con DM2, participaron 102 pacientes y sus resultados indican que la puntuación media de Calidad de vida más alta se registró en el dominio de carga social ($56,26 \pm 12,07$), seguido del dominio de funcionamiento sexual ($54,35 \pm 9,47$), el dominio de ansiedad y preocupación ($54,33 \pm 7,76$), el dominio de energía y movilidad ($51,46 \pm 8,73$) y dominio de control de la diabetes ($50,08 \pm 10,84$). De acuerdo al análisis bivariado, hubo diferencia significativa por sexo en funcionamiento sexual ($p=0,002$), nivel educativo en control de diabetes ($p=0,021$), hábito de fumar en energía y movilidad ($p=0,038$), duración de la enfermedad en control de diabetes ($p=0,038$), presencia de comorbilidad en carga social ($p=0,034$) y antecedentes familiares ($p=0,042$). Por lo tanto, el control diabético afecta la Calidad de vida, debido a la duración de la enfermedad, el estado educativo del paciente y tener antecedentes familiares de diabetes afecta el estado general y mental del paciente con DM2 (8).

Otro estudio en India, sobre Calidad de vida en pacientes con DM2, la población estuvo constituida por 912 pacientes y sus hallazgos muestran que existe una reducción significativa en la Calidad de Vida con el aumento en el número de condiciones comórbidas y se estableció una asociación negativa entre el número de comorbilidades y las puntuaciones PCS ($r=-0,25$, $P < 0,0001$) y MCS ($r=-0,21$, $P < 0,0001$). Encontraron que la presencia de condiciones comórbidas se asoció con puntuaciones más bajas de puntuaciones físicas y puntuaciones mentales ($P < 0,001$). Por otro lado, hallaron factores como la duración de la diabetes, el uso de insulina y la obesidad también se asociaron con una mala Calidad de vida (9).

Un estudio ejecutado en Bangladesh, sobre Calidad de vida en pacientes con DM2, la población fue conformada por 500 pacientes y los hallazgos señalan más de la mitad (54% y 51,2%, respectivamente) tenían una evaluación promedio de su Calidad de Vida y salud. Las puntuaciones de Calidad de vida estuvieron por debajo del promedio, con puntuaciones medias (\pm DE) para los dominios de salud física ($37,2 \pm 20,5$), psicología ($44,2 \pm 21,0$), relaciones sociales ($39,6 \pm 23,2$) y medio ambiente ($41,6 \pm 19,5$). Según el análisis de regresión múltiple revelaron que el nivel de educación del paciente y el ingreso familiar mensual eran modificadores

positivos significativos de la Calidad de vida y desafortunadamente la presencia de complicaciones como nefropatía, retinopatía causan un impacto negativo en la Calidad de vida (10).

Un estudio en Estados Unidos, sobre Calidad de vida en pacientes con DM2, la población fue conformada por pacientes con DM2 que inician un tratamiento hipoglucemiante y sus resultados indican que las puntuaciones iniciales medias del componente físico (n=7428), componente mental (n=7453) y miedo a la hipoglucemia II (n=5005) fueron (48,0, 45,4 y 15,4) y se mantuvieron estables durante el seguimiento. El modelo del crecimiento de clase latente (LCGM) reveló subgrupos con Calidad de vida baja. Los pacientes de estos subgrupos tendían a ser mayores, tenían más comorbilidades y un nivel socioeconómico más bajo que en otros subgrupos. El uso de insulina fue mayor en el subgrupo con mayor temor a la hipoglucemia. Encontraron que la Calidad de vida se mantuvo estable en los pacientes (11).

Una investigación efectuada en México, sobre Calidad de vida en pacientes con DM2, donde participaron 422 pacientes, sus resultados indican que las enfermedades hepáticas como comorbilidades ($p=0,008$) y el diagnóstico de depresión mayor ($p=0,04$) son factores asociados al malestar emocional que experimentan los pacientes con diabetes. Estos pacientes mostraron una CALIDAD DE VIDA reducida en todas las dimensiones ($p<0,001$); las dimensiones más afectadas fueron el rol físico ($d=0,37$) y la salud general ($d=0,89$) presentando puntuaciones más bajas en comparación con los pacientes con bajo malestar emocional. Por lo tanto, los mexicanos con DM2 presentan un alto malestar emocional al vivir con la enfermedad y tienen una Calidad de vida disminuida (12).

Un estudio realizado en Colombia, sobre Calidad de vida en personas con DM2, tuvieron como participantes a 1135 pacientes y sus resultados señalan que la puntuación media de Calidad de Vida obtuvo un puntaje significativamente mayor en el estado de salud general $74,3 (\pm 17,3)$, en comparación con aquellos con problemas en más de una de las dimensiones de la Calidad de vida. Encontraron

que el lugar de residencia y el sexo se asociaron con las dimensiones Dolor/Malestar y función emocional en la Calidad de vida en personas con DM2 (13).

Un estudio llevado a cabo en Perú, sobre Calidad de vida en pacientes con DM2, donde participaron 80 pacientes, sus resultados muestran que la Calidad de vida tuvo un valor regular (51%), seguido de buena (43%) y mala (6%). Más del 50% de los participantes diabéticos tienen una Calidad de vida regular (14).

Otro estudio realizado en Lima-Perú, sobre Calidad de vida en personas con DM2 que acuden a un centro de salud, donde participaron 79 pacientes, sus resultados señalan que la Calidad de vida que prevaleció fue la regular (59,5%), seguido de bueno (30,4%) y malo (10,1%). Según la satisfacción con el tratamiento de los diabéticos, prevaleció el valor bueno (49,4%). La Calidad de vida de los pacientes diabéticos prevaleció con un valor regular. Es importante lograr la adecuada adherencia al tratamiento en estos pacientes (15).

Según el informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), indica que, en el Perú, el 4,9% de personas de 15 y más años presenta diabetes mellitus. Encontrando una prevalencia mayor en las mujeres con 5,4% y en varones 4,5%. En el año 2021, registraron un mayor porcentaje de personas con DM en la zona costera (5,8%), y en menor porcentaje en la serranía (3,3%) y Selva (4%) (16).

La Calidad de vida se expresa como la sensación de una persona acerca de su condición de vida, vinculado a su estado general de salud física, emocional, psicológica y social. Es un indicador que engloba múltiples aspectos de la vida cotidiana de un individuo, dentro de un marco cultural y determinantes de salud. Las personas con DM2 presentan problemas de salud vinculados al ámbito físico emocional que pueden afectar es su Calidad de vida. Cuando la enfermedad no está debidamente controlada, aparecen complicaciones que afectan su salud (17).

La Calidad de vida valora también el impacto de una enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento y bienestar general del paciente. Los cuidados de la salud deben enfocarse en contrarrestar los factores de riesgo modificables de la enfermedad (18)(19).

La DM2 es un padecimiento metabólico que se caracteriza por presentar niveles de glucosa en el flujo sanguíneo inapropiadamente elevados, que resulta en anomalías como la segregación de insulina o la influencia de la insulina. La hiperglucemia fisiopatológicamente afecta el metabolismo provocando un mecanismo de daño a nivel microvascular generando complicaciones diabéticas (20)(21).

La DM2 identificada por hiperglucemia, es una enfermedad de evolución crónica, que se asocia a factores de riesgo como la obesidad, presencia de comorbilidades como la HTA y la practica inadecuada de estilos de vida. Los controles de salud deben ser continuos, ello ayuda a la adherencia al tratamiento e indicaciones de salud que se les brinde. La hiperglicemia también debe estar debidamente controlada (22)(23).

Los causantes de riesgo que contribuyen a la evolución de la DM2, se agrupan en dos grupos tales como los hábitos nocivos, el estilo de vida, la vida sedentaria y la adherencia al tratamiento. Así mismo, también encontramos a las causantes como la edad, el género y los historiales familiares (24).

Para evaluar la variable Calidad de vida, en la presente investigación se aplicó el cuestionario SF-36, el cual es una herramienta corta que consta de 36 ítems y 9 dimensiones, las cuales se explican seguidamente.

El funcionamiento físico se refiere al nivel de funcionalidad física que presenta una persona para moverse, deambular, desempeñar su autocuidado personal y realizar sus actividades cotidianas. La función física es un índice que evalúa el grado de limitación que presenta un individuo para desarrollar con normalidad sus actividad personales y habituales (25).

El rol físico comprende el funcionamiento de la deambulación física para el trabajo y actividades del día a día. Depende de la salud física actual que se presente, la presencia de enfermedades o dolencias puede afectar esta dimensión y la Calidad de vida (26).

El dolor corporal es un indicativo que hace a alusión a la presencia de una sensación incomoda, desagradable que experimenta una persona debido a una limitación o complicación de una enfermedad. El dolor corporal es un indicador que hace referencia a las limitaciones físicas de una persona, la cual menoscaba el desempeño de sus quehaceres personales, laborales y cotidianas (27)(28).

La salud general denota la sensación de bienestar en una persona acerca su condición de salud vigente. La salud general es un indicador que evalúa múltiples aspectos del estado general de una persona y ello determina su Calidad de vida (29).

La vitalidad muestra el nivel de vigor que presentan las personas según su estado de salud general y condición física, según la enfermedad, comorbilidad o limitación que presente. El estar cansado o estar dinámico depende de esta dimensión (30).

La función social señala la capacidad que presenta un individuo para desarrollar actividades sociales, estas pueden afectarse ante dolencia físicas/emocionales. Interrelacionarse con su comunidad y participar activamente en ella es fundamental para una persona (31).

El rol emocional nos señala el estado emocional de un individuo, el cual va se vincula al trabajo y actividades del día a día. La condición de salud puede verse alterada por variaciones en esta dimensión, que depende mucho del soporte social que rodea al individuo (32).

La salud mental, se entiende como el sentimiento de angustia/depresión actual de la persona, el cual depende del estado de salud, las vivencias, el contexto y participación social/familiar. La salud mental es un indicador que estima el impacto de una afección del estado mental en una persona y el efecto de esta en su Calidad de vida (33).

El cambio de salud, se refiere al estado de salud de una persona, después del lapso de un año, la cual puede ser buena o mala, ello dependerá de los controles de salud y el autocuidado/cuidado que llevo a cabo. Padecer una enfermedad crónica como la DM2 hace que se perciba que el cambio de salud no es significativo al año siguiente, ya que seguirá siendo diabético (34).

En este estudio se tomará en cuenta la teoría de Dorothea Orem (35), que es la teoría del déficit de autocuidado que es un planteamiento general conformada por 3 teorías que se vinculan entre ellas: Teoría de autocuidado-Teoría del déficit autocuidado-Teoría de los sistemas de enfermería, el cual señala que el enfermero tiene que fomentar en el paciente el autocuidado de su salud, a través de un grupo de acciones intencionadas que realiza el individuo para manejar los factores internos-externos, que pueden afectar su salud y vida a través de la educación

sanitaria y la sensibilización sobre la condición de su salud. Por otro lado, también se enfatiza la teoría de Nola Pender (36), quien señala que el enfermero debe de reconocer los factores de riesgo que vulneran la salud del paciente, para luego fomentar intervenciones que favorezcan la modificación de las rutinas y modo de vivir del paciente (estilos de vida) en beneficio de su propia salud. La educación en salud es fundamental para ello, esta debe ser continua en el tiempo.

Gálvez y colaboradores (37), en España durante el 2021, efectuaron una investigación cuyo objetivo fue: “Valorar la Calidad de vida en pacientes con DM en atención primaria de salud”. El estudio fue transversal, contaron con la participación de 60 pacientes con DM de las cuales 33 eran mujeres, la edad promedio fue $68,67 \pm 11,09$ años, a los que se les aplicó el SF-36. Como resultado establecieron que las mujeres con DM2 de 75 años o más presentan valores de Calidad de vida inferiores a los de su grupo poblacional de referencia, así mismo la Calidad de vida en las mujeres resultó ser más deficiente en comparación a los hombres en los dominios evaluados, tales como: función física ($p=0,014$), rol físico ($p=0,046$), dolor corporal ($p=0,010$), salud general ($p=0,026$), rol emocional ($p=0,047$), salud mental ($p=0,010$) y vitalidad ($p=0,023$), excepto en la función social. Concluyen que el sexo femenino muestra una peor Calidad de vida que el sexo masculino en todos los dominios del SF-36 excepto en la función social. Además agregan que los años de la enfermedad, la frecuencia de complicaciones agudas, el número de complicaciones crónicas y comorbilidades, el número de medicamentos para la DM y el número total de medicamentos prescritos, así como los valores de HbA1c mostraron una correlación inversa significativa con diferentes dominios del SF-36. Estar casado, tener un empleo activo y tener una buena educación se correlacionó con una mejor Calidad de vida.

Sharma y colaboradores (38), en India durante el 2021 establecieron un estudio cuyo objetivo fue: “Valorar la Calidad de vida en pacientes con DM que asisten a un hospital de atención terciaria del norte de la India”. La investigación fue transversal, en donde participaron 215 pacientes que presentaron una edad promedio igual a $52,5 \pm 11,0$ años con DM, para lo cual se empleó al SF-36 como. Además 87,4% de los pacientes eran casados. También se encontró que en 53 personas la

hipertensión resulto ser la comorbilidad más usual. Producto del estudio se encontró que la Calidad de vida fue menor en el dominio de vitalidad con $47,46 \pm 15,63$, a su vez las puntuaciones más elevadas se presentaron en: el dominio de funcionamiento social con $86,04 \pm 22,28$, seguidamente de dolor corporal igual a $78,54 \pm 18,01$, en el dominio de funcionamiento físico fue $74,39 \pm 21,35$, dominio de salud mental es igual a $66,77 \pm 12,99$, dominio de rol físico fue $62,67 \pm 21,46$, dominio de rol emocional $59,84 \pm 24,4$ y dominio de salud general resulto $50,27 \pm 17,08$. Concluyen que la DM2 presenta un impacto negativo en la Calidad de vida de las personas (principalmente complicaciones y comorbilidades). Se observó que los factores sociodemográficos que se asociaron con la Calidad de vida en pacientes con DM2, fueron la edad, el género, grado de instrucción, estado civil y situación laboral. Finalmente, la duración de la enfermedad y el tipo de tratamiento se asocian con la Calidad de vida.

Adamantios y colaboradores (39), en Grecia en el 2021 desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue: “Valorar la Calidad de vida en pacientes griegos con DM2 y el papel de la rehabilitación”. El estudio fue transversal, contándose con 122 individuos como población (73 hombres), a los que se le aplicó el SF-36. Como resultado señalan que la edad y una comorbilidad diferente a la DM repercute de forma negativa en la Calidad de vida física y emocional de los pacientes. Tener trabajo profesional se corresponde con una Calidad de vida mayor en todas las dimensiones. También se encontró que la dimensión “funcionamiento físico” fue la más alta con $66,76$ ($DE=30,86$) mientras que la dimensión “función física”, resulto ser la más baja e igual a $45,90$ ($DE=40,83$). Concluyen que la rehabilitación, estar satisfecho con su plan de tratamiento, contar con el apoyo del médico, enfermero y su familia y tener una dieta adecuada, mostró valores mejorados en todas las dimensiones.

Huamani y colaborador (40), en Lima-Perú, en el 2022, establecieron como objetivo “Valorar la Calidad de vida durante la COVID-19 en pacientes con DM2”. Dicha investigación fue transversal, contándose con 122 participantes con DM2, a los que les fue aplicado el SF-36. Los resultados nos muestran que en Calidad de vida prevaleció el nivel alto (49,18%), seguido del promedio (23,77%), bajo (13,11%), muy alto (8,20%) y muy bajo (5,74%). En la función física prevaleció un nivel muy

alto (32%), en rol físico un nivel muy alto (68,9%), en dolor un nivel muy alto (45,9%), en salud general un nivel bajo (45,08%), en energía/fatiga un nivel promedio (44,26%), en función social con un nivel bajo (32,79%), en función emocional con un nivel muy alto (60,6%), en bienestar emocional con un nivel promedio (50%) y en cambio de salud con un nivel alto (45,1%). Establecieron como conclusión que, en la Calidad de vida, predominó el nivel alto en los pacientes debidos que son adherentes con su tratamiento y son responsables con su salud.

Herrera L (41), en Lima-Perú, en el 2022, realizaron un trabajo con el objetivo de “Valorar la Calidad de vida durante la pandemia por COVID-19 en personas con DM2”. El trabajo fue transversal, contándose con 136 individuos participantes con DM2 y se empleó al SF-36. Como resultado se indica que la Calidad de vida presentó un predominio en el nivel alto igual a 41,2%, seguido de muy alto con 36%, muy bajo con 10,3%, bajo con 8% y promedio con 4,5%. En funcionamiento físico, se mencionó un predominio en el valor muy alto (63,9%), en rol físico el valor muy alto (69,9%), en dolor el valor muy alto (66,9%), en salud general promedio (53,7%), en energía/fatiga alto (38,9%), en función social alto (61,1%), en función emocional muy alto (64,8%), en bienestar emocional alto (72,8%) y en cambio de salud alto (49,2%). Concluyeron que en la Calidad de vida destacó el nivel alto.

Zegarra y colaborador (42), en Lima-Perú, en el 2022, efectuaron un trabajo y su objetivo fue “Valorar la Calidad de vida en personas con DM2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte”. Este trabajo fue transversal, intervinieron 65 personas con DM2 aplicándose el SF-36. Los resultados señalaron que en la Calidad de vida predominó el valor alto (52,3%), seguido de muy alto (29,2%), bajo (10,8%) y promedio (7,7%). En funcionamiento físico sobresalió el valor muy alto (23,1%), en rol físico muy alto (75,4%), en dolor muy alto (78,5%), en salud general promedio (69,2%), en energía/fatiga promedio (33,8%), en función social alto (52,3%), en función emocional muy alto (63,1%), en bienestar emocional alto (61,5%) y en cambio de salud promedio (64,6%). Establece como conclusión que la Calidad de vida fue elevada en los pacientes, a causa de que los participantes llevan un autocuidado adecuado.

La DM2 es una enfermedad crónica que de no estar controlada ocasiona consecuencias graves a corto y largo plazo en las personas que la padecen,

comprometiendo así su salud y Calidad de vida. Esta enfermedad suele presentarse asociada a comorbilidades, situación que agrava la condición de salud. Por ello es fundamental valorar la Calidad de vida de los diabéticos, con ello se puede conocer la condición real de salud y así poder establecer cuidados de salud oportunos y pertinentes en favor del bienestar de estos pacientes. De ahí que se resalta la importancia de este estudio que busca valorar la Calidad de vida de diabéticos, con ello se busca aportar con evidencia científica que puede ser de utilidad al momento de implementar acciones de mejora en favor de esta población.

Referente a la revisión bibliográfica, la indagación en las diferentes fuentes de información fue muy importante ya que esta fue realizada de manera extensa tanto en base de datos como en repositorios nacionales/internacionales, de acuerdo a ello se constató que la DM es abordada principalmente con un punto de vista clínico, así mismo muy pocos estudios lo enfocan en el marco de la promoción de la salud, por lo cual se justifica la realización del estudio, el cual debe contribuir con conocimiento científico actualizado que permita ser aplicados para favorecer el bienestar de las personas con DM2.

Respecto a lo práctico, podemos decir que los resultados mostrados en nuestro estudio posibilitarán que la clínica particular Divino Niño Jesús optimice la atención de las personas con DM2 que asisten a consulta, lo cual traerá como consecuencia la mejora en los cuidados que reciben los mismos; ello se traducirá en mejorar su Calidad de vida.

En lo social, los aspectos positivos derivados de los hallazgos del estudio beneficiaran de manera directa a los pacientes con DM2 que acuden por atención en salud.

Por último, referente al rigor metodológico del estudio, indicar que este se viabilizó en base a postulados establecidos en el método científico, lo cual le concede un sentido teórico/metodológico óptimo que va acompañado del respaldo de fuentes bibliográficas de alto impacto, ello facilita la obtención de resultados/conclusiones apropiadas que representen un real aporte que favorezca los cuidados y mejora de la Calidad de vida de las personas con DM2.

El objetivo del estudio fue determinar la Calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús en Lima-Sur, 2023.

II. MATERIALES Y METODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue viabilizado con el empleo del enfoque cuantitativo, además el diseño que se asumió fue el descriptivo y transversal. Es una investigación cuantitativa debido a que se hizo mediciones para conocer la magnitud del problema, empleándose además para ello cálculos estadísticos específicos. Decimos que es descriptiva ya que el fenómeno que se abordó fue mostrado en su medio natural sin la intencionalidad de hacer modificaciones a su estatus. Finalmente, es transversal en virtud que la medición efectuada en el estudio, se realizó en un solo punto del tiempo en que duro la actividad de campo (43).

2.2 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

Los participantes de esta investigación son personas con DM2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús ubicada en Lima-Sur. Los participantes son personas diabéticas de 40 años a más, todas registradas y llevan sus controles continuos en dicho establecimiento de salud. El padrón de registro de estos pacientes fue facilitado por el equipo de gestión del establecimiento de salud, siendo estos un total de 125. Para precisar la cantidad y características de los participantes, fue aplicado en el estudio ciertos criterios de inclusión/exclusión que se detallan en líneas siguientes.

Criterios de inclusión:

- Personas con DM2.
- Personas con 40 años a más.
- Personas con DM2 que asisten frecuentemente a sus controles.
- Pacientes lucidos y orientados.
- Personas se presenten residencia en Lima-Sur o cerca a la ubicación de la clínica.
- Personas que validen su participación de manera voluntaria en el estudio.
- Personas que manifestaron querer dar el consentimiento.

Criterios de exclusión:

- Personas sin DM2.
- Personas menores de 40 años.
- Personas con DM2 que no asisten frecuentemente a sus controles.
- Pacientes que no estén lucidas y orientadas.
- Personas que no deseen participar de manera voluntaria en el estudio.
- Personas que manifestaron no querer dar el consentimiento respectivo.

Después de aplicar los criterios de selección, quedaron 118 pacientes, que fue la población final, para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de muestra considerando población finita.

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

n	Tamaño de la muestra	90.45
N	Tamaño de la población	118
Z	Nivel de confianza (al 95%)	1.96
e	Error de estimación máximo (5%)	5%
p	Probabilidad de éxito	50%
q	(1 - p) Probabilidad de fracaso	50%

El cálculo considera una muestra de 90 participantes, a los que se les aplico el cuestionario.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El estudio presenta como variable el término “calidad de vida”.

Definición conceptual:

La Calidad de Vida es una percepción que se da en las personas producto de cómo interactúan una serie de factores económicos-sociales-culturales-ambientales, vinculados con su condición de salud y bienestar (44).

Definición operacional:

La Calidad de vida es una percepción que se da en las personas con DM2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús producto de cómo interactúan una serie de factores económicos-sociales-culturales-ambientales, vinculados con su condición de salud y bienestar, los cuales serán evaluados mediante el empleo del SF-36.

2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**Técnica de recolección de datos:**

Para el presente estudio debido a sus peculiaridades, se hizo uso de la encuesta como técnica para el trabajo en campo, por ser la de elección en estudios de corte cuantitativo en el campo de las ciencias de la salud. Su rasgo estandarizado, permite abordar a muchas personas a la vez, esto favorece poder recabar mucha información en tiempos relativamente cortos. A su vez esta técnica es comprensible y de fácil aplicación (previo entrenamiento), además de poder ser adaptada fácilmente a diferentes escenarios y tipos de población (45).

Instrumento de recolección de datos:

Existen un número importante de instrumentos para valorar la Calidad de vida, uno de los más destacados es el SF-36 que evalúa ese indicador en personas que padecen algún tipo de enfermedad, dentro de ellas la DM2. El cuestionario de encuesta de salud de formato corto 36 (SF-36) se utiliza para describir el estado de salud de poblaciones específicas, ayuda en la programación del trabajo y mide el impacto de las intervenciones clínicas y sociales. El SF-36, fue diseñado por la RAND Corporation, siendo bastante aceptado por la comunidad académica, ello se verifica a través de las múltiples publicaciones de resultados en las diferentes latitudes del planeta. Ahí se puede verificar sus aceptables propiedades psicométricas de validez y confiabilidad, además de su adaptación a realidades diferentes. El SF-36 cuenta con 9 dimensiones (funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y cambio de salud), en las cuales se distribuyen los 36 ítems, estos utilizan una escala de Likert con alternativas y opciones de respuesta múltiple para evaluar el estado de salud. Para puntuar el SF-36, se debe adaptar los puntajes a una escala de 100,

utilizando un algoritmo de puntuación o el software de puntuación SF-36v1, para obtener puntuaciones que van desde 0 (bajo) hasta 100 (alto). Del mismo modo, una puntuación más alta indica una mejor Calidad de vida. La corporation RAND comparte un instructivo para valorar la Calidad de vida con este cuestionario corto (46).

Validez y confiabilidad de instrumento de recolección de datos:

Arroyo Y (47), desarrollo la validez del contenido del cuestionario SF-36 en su estudio hecho en el 2022, ahí contaron con la intervención de 5 profesionales expertos que dieron un valor del 90% (interpretado como bueno). La validez estadística se determinó mediante la prueba de validez de muestral de Kaiser-Meyer-Olkin que fue de 0,901 ($KMO > 0,5$) y la prueba de Bartlett fue de 0,000 ($p < 0,001$). La confiabilidad fue de 0,827 (se calculó con el alfa de Cronbach), interpretado como fiable.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para ejecutar el estudio, se planifico inicialmente solicitar los accesos al establecimiento de salud. Ello se dio y gracias a la buena predisposición de su equipo de gestión que facilitaron el acceso, así se pudo contactar con los participantes y desarrollar la actividad de campo.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La fecha donde se recolectaron los datos fue marzo del presente año, ello estuvo acorde a los plazos establecidos. Cada paciente participante recibió la comunicación pertinente, seguidamente se les pidió den el consentimiento informado. Una vez concluida dicha formalización se les alcanzo el cuestionario, que les tomo a cada uno un tiempo de 15 minutos para poder completar los datos requeridos. A los participantes que refirieron tener dificultades para entender algún ítem, se les dio la asistencia respectiva para que puedan completar adecuadamente la actividad.

2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO

Finalizada la etapa de recolección de información en el campo, los datos obtenidos fueron incorporados a una base de información diseñada en el programa estadístico SPSS (versión 26), en el cual se efectuó el análisis estadístico respectivo. Así mismo, resaltar el uso de herramientas como distribución de frecuencias, medidas de variabilidad, medidas de tendencia central y cálculo de variable, que permitió generar los primeros resultados que fueron mostrados en tablas. Esto fue fundamental ya que sirvió como insumo para la redacción de la discusión y conclusiones de la investigación ya concluida.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

La bioética es un aspecto fundamental en los estudios del campo de la salud, esta orienta las conductas a seguir por parte de los investigadores, los cuales deben mostrar transparencia y respeto por los participantes humanos en estas investigaciones. La bioética toma relevancia en la década de los 70 a partir de denuncias que surgen a partir de experimentos clínicos cuestionados por infringir en la seguridad y derechos de los seres humanos involucrados.

En este estudio se consideró los lineamientos bioéticos que se derivan de documentos fundamentales como “El Reporte Belmont” (48) y “La Declaración de Helsinki” (49). El primero de ellos hace alusión a tres principios básicos tales como respeto por las personas, beneficencia y justicia; el segundo resalta como requisito importante el respeto a las decisiones de los involucrados y el uso del consentimiento informado en un estudio. En cuanto a los principios bioéticos aplicados tenemos:

Principio de autonomía

Es el poder propio de una persona para adoptar decisiones adecuadas acerca de su salud. Todo ser humano consciente tiene la potestad de elegir qué hacer con su cuerpo (50).

Las personas con DM2 que acuden a la clínica, recibirán información oportuna y necesaria acerca del estudio y sus implicancias, finalmente se les solicitó completar el consentimiento con el cual formalizaron ser parte del estudio.

Principio de beneficencia

Indica que hay que proveer al máximo beneficio posible al participante, con intención de generar efectos positivos que favorezcan su salud (51).

A las personas con DM2 que acuden a la clínica, se les notifico acerca de los beneficios que se desprenderán como consecuencia del estudio.

Principio de no maleficencia

Manifiesta que existe la responsabilidad de parte del investigador en no generar/causar daño hacia el participante durante el estudio. Evitar los riesgos que lo puedan afectar es fundamental (52).

A las personas con DM2 que acuden a la clínica, se les expuso de forma clara y precisa que su participación no conducirá a daño/riesgo a su salud e integridad.

Principio de justicia

Está referida a que la provisión de atención en salud sea imparcial y equitativa. Esto significa también, distribuir los beneficios que se obtengan con sentido equitativo (53).

Las personas con DM2 que acuden a la clínica, fueron tratadas en todo momento considerando la cordialidad y trato justo, no hubo actitudes discriminatorias de ninguna índole.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de personas con diabetes tipo 2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús en Lima-Sur, 2023 (N=90).

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	90	100
Edad	Min: 40/Max: 65 Media: 50,91	
Sexo		
Femenino	34	37,8
Masculino	56	62,2
Estado civil		
Soltero	11	12,2
Casado	31	34,4
Conviviente	41	45,6
Divorciado(a)	5	5,6
Viudo(a)	2	2,2
Grado de instrucción		
Secundaria completa	49	54,4
Secundaria incompleta	18	20,0
Superior completo	16	17,8
Superior incompleto	7	7,8
Condición de la ocupación		
Estable	29	32,2
Ocasional	49	54,4
Sin Ocupación	12	13,3

Elaboración propia

En la tabla 1, en cuanto a la edad, el mínimo fue 40 años, el máximo fue 65 años y la media fue 50,91 años. En cuanto al sexo, el 62,2% (n=56) son varones y el 37,8% (n=34) son mujeres. En cuanto al estado civil, 45,6% (n=41) son convivientes. En cuanto al grado de instrucción, el 54,4% (n=49) tienen secundaria completa. En condición de ocupación, el 54,4% (n=49) tienen un trabajo ocasional.

Tabla 2. Calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús en Lima-Sur, 2023 (N=90).

Valores	n	%
Baja	9	10,0
Promedio	10	11,1
Alta	44	48,9
Muy alta	27	30,0
Total	90	100,0

En la tabla 2, en cuanto a la Calidad de Vida, el 48,9% (n=44) tienen un valor alto, el 30% (n=27) tienen un valor muy alto, el 11,1% (n=10) tienen un valor promedio y el 10% (n=9) tienen un valor bajo.

Tabla 3. Calidad de vida según su funcionamiento físico (N=90).

Valores	n	%
Baja	4	4,4
Promedio	19	21,1
Alta	23	25,6
Muy alta	44	48,9
Total	90	100,0

En la tabla 3, en cuanto al funcionamiento físico, el 48,9% (n=44) tienen un valor muy alto, el 25,6% (n=23) tienen un valor alto, el 21,1% (n=19) tienen un valor promedio y el 4,4% (n= 4) tienen un valor bajo.

Tabla 4. Calidad de vida según su rol físico (N=90).

Valores	n	%
Muy baja	13	14,4
Promedio	1	1,1
Alta	8	8,9
Muy alta	68	75,6
Total	90	100,0

En la tabla 4, en cuanto al rol físico, 75,6% (n=68) tienen un valor muy alto, el 14,4% (n=13) tienen un valor muy bajo, el 8,9% (n=8) tienen un valor alto, el 1,1% (n=1) tienen un valor promedio.

Tabla 5. Calidad de vida según su dolor corporal (N=90).

Valores	n	%
Muy baja	14	15,6
Promedio	6	6,7
Alta	5	5,6
Muy alta	65	72,2
Total	90	100,0

En la tabla 5, en cuanto al dolor corporal, el 72,2% (n=65) tienen un valor muy alto, el 15,6% (n=14) tienen un valor muy bajo, el 6,7% (n=6) tienen un valor promedio y el 5,6% (n=5) tienen un valor alto.

Tabla 6. Calidad de vida según su salud general (N=90).

Valores	n	%
Muy baja	6	6,7
Baja	10	11,1
Promedio	51	56,7
Alta	4	4,4
Total	90	100,0

En la tabla 6, en cuanto a la salud general, el 56,7% (n=51) tienen un valor promedio, el 21,1% (n=10) tienen un valor muy alto, el 11,1% (n=10) tienen un valor bajo, el 6,7% (n=6) tienen un valor muy bajo y el 4,4% (n=4) tienen un valor alto.

Tabla 7. Calidad de vida según su vitalidad (N=90).

Valores	n	%
Muy baja	4	4,4
Baja	16	17,8
Promedio	29	32,2
Alta	32	35,6
Total	90	100,0

En la tabla 7, en cuanto a la vitalidad, el 35,6% (n=32) tienen un valor alto, el 32,2% (n= 29) tienen un valor promedio, el 17,8% (n=16) tienen un valor bajo, el 10% (n=9) tienen un valor muy alto y el 4,4% (n=4) tienen un valor muy bajo.

Tabla 8. Calidad de vida según su función social (N=90).

Valores	n	%
Muy baja	2	2,2
Baja	9	10,0
Promedio	19	21,1
Alta	39	43,3
Muy alta	21	23,3
Total	90	100,0

En la tabla 8, en cuanto a la función social, el 43,3% (n=39) tienen un nivel alto, el 23,3% (n=21) tienen un valor muy alto, el 21,1% (n=19) tienen un valor promedio, el 10% (n=9) tienen un valor bajo y el 2,2% (n=2) tienen un valor muy bajo.

Tabla 9. Calidad de vida según su rol emocional (N=90).

Valores	n	%
Muy baja	13	14,4
Baja	1	1,1
Alta	25	27,8
Muy alta	51	56,7
Muy baja	13	14,4
Total	90	100,0

En la tabla 9, en cuanto al rol emocional, el 56,7% (n=51) tienen un valor muy alto, el 27,8% (n=25) tienen un valor alto, el 14,4% (n=13) tienen un valor muy bajo/bajo y el 1,1% (n=1) tienen un valor bajo.

Tabla 10. Calidad de vida según su salud mental (N=90).

Valores	n	%
Baja	9	10,0
Promedio	21	23,3
Alta	55	61,1
Muy alta	5	5,6
Total	90	100,0

En la tabla 10, en cuanto a la salud mental, el 61,1% (n=55) tienen un valor alto, el 23,3% (n=21) tienen un valor promedio, el 10% (n=9) tienen un valor bajo y el 5,6% (n=5) tienen un valor muy alto.

Tabla 11. Calidad de vida según su cambio de salud (N=90).

Valores	n	%
Muy baja	6	6,7
Promedio	14	15,6
Alta	51	56,7
Muy alta	19	21,1
Total	90	100,0

En la tabla 11, en cuanto al cambio de salud, el 56,7% (n=51) tienen un valor alto, el 21,1% (n=19) tienen un valor muy alto, el 15,6% (n=14) tienen un valor promedio y el 6,7% (n=6) tienen un valor muy bajo.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

En las últimas décadas las ENT como la DM2 vienen alcanzando una mayor prevalencia que se traduce en una mayor mortalidad/morbilidad en la población. La DM2 es una enfermedad metabólica de presentación crónica que, de no tratarse oportunamente y tener los cuidados necesarios, genera daño y secuelas que afectaran la condición de salud de estas personas. La DM2 tiene efectos de largo alcance en el bienestar físico, social y psicológico de los seres humanos y es una enfermedad crónica que se hace cada vez más común (54). Ante ello evaluar la Calidad de vida en estos pacientes resulta crucial ya que así se obtendrá de forma indirecta la condición de salud general en estos pacientes. Esta información es valiosa para poder ser tomada en cuenta al momento de implementar acciones de cuidado orientadas a cuidar la salud de estas personas diabéticas. Por ello el presente estudio tuvo por finalidad valorar la Calidad de vida de las personas diabéticas que se atienden en una clínica privada ubicada en Lima Sur.

En cuanto a la Calidad de vida, 44 (48,9%) tienen un valor alto, seguido de 27 (30%) con valor muy alto, 10 (11,1%) promedio y 9 (10%) bajo. La Calidad de vida es un indicador de salud que valora la condición de salud de una persona considerando los aspectos físico, sociales, emocionales y ambientales, se asocia con el bienestar (55). Huamani y colaborador (40), reportan que en cuanto a la Calidad de vida prevaleció el nivel alto (49,18%). Comentaron que esto se debería a factores como adherencia al tratamiento e indicaciones de parte de los profesionales de la salud ya que estos son pacientes que acuden responsablemente a sus controles de salud. Herrera L (41) reportó que en la Calidad de vida prevaleció el nivel alto (41,2%). Estos resultados se relacionan a la existencia de factores protectores como, asistir a los controles de salud, adherirse al tratamiento indicado y a tener el apoyo social necesario que motiva a seguir mejorando su salud. Zegarra y colaborador (42) reportaron que en la Calidad de vida predominó el valor alto (52,3%). Acudir al

establecimiento de salud de forma regular y continua favorece la Calidad de vida y bienestar de estas personas.

En los tres estudios podemos encontrar que el hilo común es que los pacientes cumplen con acudir a los controles de salud de forma continua, ello favorece la adherencia al tratamiento y tener una mejor Calidad de vida.

Gálvez y colaboradores (37), indican en sus resultados que estar casado, tener un empleo activo y tener una buena educación se correlacionó con una mejor Calidad de vida en los pacientes participantes. Además, agregan que a mayor edad la Calidad de vida tiende a deteriorarse.

En cuanto al funcionamiento físico, 44 (48,9%) tienen un valor muy alto, seguido de 23 (25,6%) alto, 19 (21,1%) promedio y 4 (4,4%) bajo. El funcionamiento físico, comprende el buen desempeño en las actividades rutinarias (56). Adamantios y colaboradores (39), señalaron que la dimensión funcionamiento físico obtuvo la puntuación más alta con 66,76 (DE=30,86). Manifestaron que esto se debería a que estos pacientes cuentan con un soporte familiar sólido y el apoyo constante del médico y enfermero. Huamani y colaborador (40) en funcionamiento físico indicaron que prevaleció el nivel muy alto (32%). Al tener controlada la DM2, la salud física y emocional también suelen estar controlada. Además, agregan que ser adherente a las indicaciones del personal de salud, favorece la salud y bienestar de estos pacientes.

En cuanto al rol físico, 68 (75,6%) tienen un valor muy alto, 13 (14,4%) muy bajo, 8 (8,9%) alto, 1 (1,1%) promedio. El rol físico comprende el desempeño de una persona en las actividades personales, laborales, académicas y cotidianas (57). Huamani y colaborador (40), en rol físico indicaron que prevaleció el nivel muy alto (32%). Explicaron que esto se debería a que los pacientes mantienen un estilo de vida saludable y son responsables con los cuidados de salud que deben asumir. La adherencia al tratamiento tiene un rol protector fundamental en estos pacientes. Zegarra y colaborador (42), en rol físico indicaron que prevaleció el valor muy alto (75,4%). Ser consciente de la enfermedad y aplicar las medidas de cuidado y autocuidado, favorecen la salud de estos pacientes.

En cuanto al dolor corporal, 65 (72,2%) tienen un valor muy alto, 14 (15,6%) muy bajo, 6 (6,7%) promedio y 5 (5,6%) alto. El dolor corporal es la presencia de un malestar físico desagradable ocasionado por alguna enfermedad o el deterioro de la función física (58). Herrera L (41), en dolor corporal indico que prevaleció el valor muy alto (66,9%). Manifestaron que esto se debería a que los participantes cumplen con el tratamiento médico indicado, a su vez sus controles son llevados con responsabilidad y continuamente. Huamani y colaborador (40), en dolor corporal indicaron que prevaleció el valor muy alto (45,9%). El dolor es la expresión de alguna dolencia o malestar. Los resultados mostrados se deberían a que estos pacientes acuden a sus controles regulares de salud y son más conscientes de la importancia de adherirse al tratamiento. La salud física, cuando se ve alterada puede manifestar signos o síntomas que se correlacionan con el dolor.

En cuanto a la salud general, 51 (56,7%) tienen un valor promedio, 10 individuos (11,1%) bajo, 6 (6,7%) muy bajo y 4 (4,4%) alto. La salud general es el grado de bienestar general que percibe una persona, este va de acuerdo a la condición de salud actual (59). Herrera L (41), en salud general indico que prevaleció el nivel promedio (53,7%). Comunicaron que esto se debería al impacto de la diabetes en la salud emocional de los pacientes. Conocer que padecen de DM2 puede afectar los planes y salud mental de estas personas. Saber que la DM2 es una enfermedad crónica, es decir no se cura, pero se puede controlar, puede hacer que las personas miren con preocupación su condición de salud y la asocien a una salud general disminuida. Zegarra y colaborador (42), en salud general indicaron que prevaleció el nivel promedio (69,2%). Estos autores resaltan la importancia del autocuidado como parte de hacer frente a esta enfermedad metabólica y sistémica. Ser conscientes de la enfermedad, favorece en que el paciente asuma con responsabilidad su propio autocuidado y cuidado de la salud.

En cuanto a la vitalidad, 32 (35,6%) tienen un valor alto, 29 (32,2%) promedio, 16 (17,8%) bajo y 4 (4,4%) muy bajo. La vitalidad se entiende como el nivel de energía que percibe y siente una persona para llevar a cabo sus actividades rutinarias y ello

dependerá de su salud general y su edad (60). Herrera L (41), en vitalidad indico que prevaleció el nivel alto (38,9%). Explico que esto se debería a que el paciente siente mejoría, por tanto, ve con mayor optimismo el horizonte de la vida. Tener una salud física aun optima, hace que la persona tenga mayor optimismo y vitalidad para desenvolverse en la vida social. Huamani y colaborador (40), en vitalidad prevaleció el nivel promedio (44,26%). Ser un paciente adherente al tratamiento, muestra que este paciente si asume como tal su enfermedad y tiene el compromiso de adherirse a todas las indicaciones que se le den.

En cuanto a la función social, 39 (43,3%) tienen un valor alto, seguido de 21 (23,3%) con muy alto, 19 (21,1%) promedio, 9 (10%) bajo y 2 (2,2%) muy bajo. La función social se refiere a la interacción social activa y las relaciones del paciente con su entorno. La autoestima va asociada a esta dimensión (61). Sharma y colaboradores (38), indicaron que predomino puntuaciones elevadas en función social con $86,04 \pm 22,28$. Comentaron que esto se debería a que las personas mayores cuentan con factores asociados que actúan con el rol protector. Se observó que los factores sociodemográficos que se asociaron con la Calidad de vida en pacientes con DM2, fueron la edad, el género, grado de instrucción, estado civil y situación laboral. La duración de la enfermedad y el tipo de tratamiento se asocian con la Calidad de Vida. Herrera L (41) en función social encontró que prevaleció el nivel alto (61,1%). Esto se debe a que los participantes cuentan con un soporte social importante. Acudir a los controles de salud de forma regular, favorece el bienestar de estas personas.

En cuanto al rol emocional, 51 (56,7%) tienen un valor muy alto, seguido de 25 (27,8%) alto, 13 (14,4%) muy bajo y 1 (1,1%) bajo. El rol emocional comprende el estado de ánimo de la persona, la cual será determinada por su condición de salud y posición en la vida (62). Zegarra y colaborador (42) en rol emocional encontraron que predomino el nivel muy alto (63,1%). Tener medidas de autocuidado favorece la salud de estas personas. Para ello primero se debe lograr concientizar al paciente de las complicaciones que puede generar su enfermedad sino existe el control de la salud. En segundo lugar, es fundamental el apoyo social en estas personas.

Huamani y colaborador (40) en rol emocional señalan que predominó el nivel muy alto (60,6%). La adherencia al tratamiento y ser una persona responsable con el cuidado de su salud, actúan como factores protectores que va a favorecer su salud y bienestar en estos pacientes.

En cuanto a la salud mental, 55 (61,1%) tienen un valor alto, 21 (23,3%) promedio, 9 (10%) bajo y 5 (5,6%) muy alto. La salud mental se refiere al bienestar psicológico de la persona, ya que este se puede ver afectado debido a situaciones post traumáticas o la presencia de alguna enfermedad crónica que vulnera su salud mental (63). Zegarra y colaborador (42), en salud mental indicaron que prevaleció un valor alto (61,5%). Resaltaron que esto se debería a que los pacientes cuentan con un soporte familiar y social importantes. Ello lo motiva a que sean más conscientes de su enfermedad y por tanto participen activamente en su propio autocuidado. Un estudio desarrollado en Australia, indica que los factores estresantes emocionales asociados con la DM2 a menudo afectan negativamente el bienestar mental y social de una persona (64). Herrera L (41), en salud mental indicó que prevaleció un valor alto (72,8%). La salud emocional va de la mano con la salud mental, aspectos que deben ser debidamente cuidados. Los resultados que tuvo este autor podría deberse a que estos pacientes son continuadores es decir acuden responsablemente a sus citas médicas.

En cuanto al cambio de salud, 51 (56,7%) tienen un valor alto, seguido de 19 (21,1%) muy alto, 14 (15,6%) promedio y 6 (6,7%) muy bajo. El cambio de salud comprende la percepción de una persona sobre su salud actual, después de un lapso de tiempo de un año, es decir tendrá una opinión crítica sobre su salud general, hábitos y conductas. Normalmente una persona con una ENT como la DM2, sabe que su enfermedad no se cura, por tanto, convivirá con ella hasta el resto de sus días, por ello cuando se le consulta por el cambio de salud, muchas veces opinan que esta sigue igual o va empeorando. Huamani y colaborador (40), en cambio de salud indicaron que prevaleció el nivel alto (45,1%). Comentaron que esto se debería a que la condición de salud general de estos pacientes es aparentemente buena. Por otro lado Zegarra y colaborador (42) en cambio de salud

indicaron que prevaleció el nivel promedio (64,6%). La educación en salud busca generar en los pacientes con DM2 una consciencia en su estado de salud, pero con el paso de los años al saber que su enfermedad ya es crónica, perciben el cambio de salud como algo que no se modificó.

Ante este problema de vital importancia, es necesario la participación activa del profesional enfermero, para fomentar el empoderamiento de los pacientes, comenzando con la educación para el autocuidado, el cual es esencial para mejorar la Calidad de vida de los pacientes con DM2 (65). El enfermero tiene una serie de desafíos que debe enfrentar, el primero de ellos es generar cambios en los pacientes diabéticos en el marco de la promoción de la salud. El paciente debe modificar sus estilos de vida y acudir de forma continua a sus controles de salud.

CONCLUSIONES

-En cuanto a la Calidad de Vida, prevaleció el valor alto, seguido del muy alto, promedio y bajo.

-En cuanto al funcionamiento físico, prevaleció el valor muy alto, seguido del alto, promedio y bajo.

-En cuanto al rol físico, prevaleció el valor muy alto, seguido del muy bajo, alto y promedio.

-En cuanto al dolor corporal, prevaleció el valor muy alto, seguido del muy bajo, promedio y alto.

-En cuanto a la salud general, prevaleció el valor promedio, seguido del muy alto, bajo, muy bajo y alto.

-En cuanto a la vitalidad, prevaleció el valor alto, seguido del promedio, bajo, muy alto y muy bajo.

-En cuanto a la función social, prevaleció el valor alto, seguido del muy alto, promedio, bajo y muy bajo.

-En cuanto al rol emocional, prevaleció el valor muy alto, seguido del alto, muy bajo y bajo.

-En cuanto a la salud mental, prevaleció el valor alto, seguido del promedio, bajo y muy alto.

-En cuanto al cambio de salud, prevaleció el valor alto, seguido del muy alto, promedio y muy bajo.

4.2 RECOMENDACIONES

-Se sugiere al personal de salud de la clínica ubicada en Lima Sur, desarrollar nuevas estrategias que permitan mejorar la atención integral y por ende favorecer la Calidad de vida de los pacientes con DM2. Es importante que el personal de enfermería conjuntamente con el equipo multidisciplinario planifique acciones de salud que permitan una atención de calidad, además de promover programas preventivos promocionales que busquen mejorar y aumentar los conocimientos de los pacientes y sus familias para lograr un mejor autocuidado y resultados exitosos en salud.

-Es importante que el enfermero enfoque sus acciones en la promoción de la salud, teniendo como base y fundamento la evidencia científica más reciente, solo así los cuidados que se brinden podrán ser significativos y favorables para la salud de estas personas.

-Se recomienda que en los siguientes estudios que aborden este tema ya concluido, empleen poblaciones o muestras más amplias, que permitan que sus resultados puedan ser replicados en otras realidades. Además de ello se sugiere abordar este tema desde la mirada de otros enfoques de la investigación, ello enriquece la comprensión del problema a mayor profundidad, permitiendo así generar acciones de salud de mayor impacto que se refleje en mejorar la Calidad de vida de estos pacientes.

- Finalmente como personal de salud, hacer un seguimiento unipersonal ya que cada paciente tiene una cultura y/o costumbres diferentes, de esa manera poder crear grupos de apoyo que serán capacitadas por profesionales de salud, para reforzar y retroalimentar la información y sobre ello tener una mejorar la Calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [Actualizado en abril de 2021; Acceso el 3 de enero de 2023]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organisation. Diabetes [sede Web]. Ginebra- Suiza: Editor; 2020 [16 septiembre 2022; 5 de Enero]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. Cho N, Shaw J, Karuranga S, Huang Y, Rocha Fernandes J, Ohlrogge A, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice* [revista en Internet] 2018 [acceso 28 de Noviembre de 2022]; 138(1): 271-281. Disponible en: <https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/action/showPdf?pii=S0168-8227%2818%2930203-1>
4. Centers for Disease Control and Prevention Home D. Boletín de calificaciones de diabetes 2021[sede Web]. USA: CDC;2021 [19 Julio de 2022; 2 de Febrero de 2023]. [Internet]. 2021. p. 15-20. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/library/reports/reportcard.html#>
5. 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 7 de enero de 2023]; 16(1): 1-14. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6147036/pdf/12955_2018_Article_1021.pdf
6. Soleimani B, Alizadeh M, Khamseh M, Seifouri S, Nojomi M. Alloimmunization in thalassemia patients: New insight for healthcare. *Int J Prev Med* [revista en Internet] 2020 [acceso 9 de febrero de 2023]; 11:9-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32089809/>
7. Malini H, Zhahara S, Lenggogeni D, Miranda Z. Self-Care and Quality of Life People With Type 2 Diabetes During the COVID-19: Cross-Sectional Study. *J Diabetes Metab Disord.* [revista en Internet] 2022 [acceso 9 de febrero de 2023]; 21(1):785-790. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35637659/>
8. Thapa S, Pyakurel P, Dhar D, Jha N. Health-related quality of life among people living with type 2 diabetes. *BMC Public Health*; [revista en Internet] 2019 [acceso 9 de febrero de 2023]; 19(1): 11-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6712607/>
9. Pati S, Pati S, den M, Schellevis F, Jena S, Burgers J. Impact of comorbidity

on health-related quality of life among type 2 diabetic patients in primary care. *Prim Health Care Res Dev* [revista en Internet] 2020 [acceso 9 de febrero de 2023]; 21(1):9-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32248877/>

10. Amin M, Bhowmik B, Rouf R, Islam M, Tasnim S, Afsana F, et al. Assessment of quality of life and its determinants in type-2 diabetes patients using the WHOQOL-BREF instrument in Bangladesh. *BMC Endocr Disord* [revista en Internet] 2022 [acceso 9 de febrero de 2023]; 22(1):16-25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35717197/>
11. Nicolucci A, Chen H, Cooper A, Fenici P, Gomes M, Hammar N, et al. Quality of life in people with type 2 diabetes in the 3 years following initiation of second-line therapy. *Diabetes Res Clin Pract* . [revista en Internet] 2018 [acceso 9 de febrero de 2023]; 185(1):10-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35114299/>
12. Gómez E, González T, Fresan A, Juárez I, Martínez M, Barjau H, et al. Decreased Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus Is Associated with Emotional Distress. *Int J Environ Res Public Health* [revista en Internet] 2019 [acceso 9 de febrero de 2023]; 16(15):26-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31349552/>
13. Anillo L, Acosta T, Tuesca R, Rodríguez S, Flórez K, Aschner P, et al. Health-related quality of life (HRQoL) in a population at risk of type 2 diabetes. *Health Qual Life Outcomes* [revista en Internet] 2021 [acceso 9 de febrero de 2023]; 19(1):26-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34930297/>
14. Varillas B. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital San Juan de Lurigancho-2020 [tesis bachiller]. Lima-Peru: Universidad Maria Auxiliadora; 2020.
15. Guzman S, Zarate P. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [tesis licenciatura]. Lima-Peru: Universidad Maria Auxiliadora; 2022 [Internet]. Disponible en: https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1450/TESIS_GUZMAN-ZARATE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Programa de enfermedades no transmisibles [sede Web]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en el 2021; acceso 12 de marzo de 2023]. [Internet]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1839/cap01.pdf
17. Louis G, Pétré B, Charlier N, Voz B, Guillaume M. [Quality of life in the medical field : a brief overview of its origin, semantics, measuring instruments and clinical use]. *Rev Med Liege* [revista en Internet] 2021 [acceso 7 de marzo de 2023]; 76(9):689-696. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34477341/>

18. Cella D. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol*. [revista en Internet] 1995 [acceso 2 de febrero de 2023];2(3): 73-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7537908/>
19. Sitlinger A, Yousuf S. Health-Related Quality of Life. *Surg Oncol Clin N Am*. [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de febrero de 2023]; 27(4): 675-684. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6428416/#:~:text=Health-related QOL \(HRQOL\),of overall function and wellbeing.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6428416/#:~:text=Health-related QOL (HRQOL),of overall function and wellbeing.)
20. Banday M, Sameer A, Nissar S. Pathophysiology of diabetes : An overview. *Avicenna J Med* [revista en Internet] 2020 [acceso 28 de Diciembre de 2022]; 30(3): 174-188. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33437689/>
21. Harreiter J, Roden M. Diabetes mellitus-Definition, classification, diagnosis, screening and prevention (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr* [revista en Internet] 2019 [acceso 2 de febrero de 2023]; 131(1): 6-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30980151/>
22. Smushkin G, Vella A. What is type 2 diabetes?. *Medicine (Abingdon)*. [revista en Internet] 2010 [acceso 2 de febrero de 2023]; 38(11):597-601. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21151710/#:~:text=Type 2 diabetes is a,renal disease%2C blindness and amputation.>
23. Galicia U, Benito A, Jebari S, Larrea A, Siddiqi L, Uribe K, et al. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Mol Sci* [revista en Internet] 2020 [acceso 7 de diciembre de 2022]; 21(17): 62-75. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32872570/#:~:text=Type 2 Diabetes Mellitus \(T2DM,to respond appropriately to insulin.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32872570/#:~:text=Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM,to respond appropriately to insulin.)
24. Bellou V, Belbasis L, Tzoulak I, Evangelou E. Risk factors for type 2 diabetes mellitus. *PLoS One*. [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de febrero de 2023]; 13(3):19-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29558518/>
25. Molsted S, Jensen T, Sedum J, Bockhoff L, Bjerre S, Rehling T, et al. Changes of Physical Function and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes after Exercise Training in a Municipality or a Hospital Setting. *J Diabetes Res* [revista en Internet] 2022 [acceso 5 de Enero de 2023]; 2022(1):57-89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35083337/>
26. Amanat S, Ghahri S, Dianatinasab A, Fararouei M, Dianatinasab M. Exercise and Type 2 Diabetes. *Adv Exp Med Biol* . [revista en Internet] 2020 [acceso 5 de Enero de 2023]; 1228(1): 91-105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32342452/>
27. Molsted S, Tribler J, Snorgaard O. Musculoskeletal pain in patients with type

- 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* [revista en Internet] 2012 [acceso 5 de Enero de 2023]; 96(2): 135-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22244365/>
28. Alenazi A, Obaidat S, Alshehri M, Alothman S, Gray C, Rucker J, et al. Type 2 Diabetes Affects Joint Pain Severity in People with Localized Osteoarthritis. *Pain Med.* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de febrero de 2023]; 21(5):25-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31710675/>
29. Gebremariam G, Biratu S, Alemayehu M, Gebregziabiher A, Beyene K, Sander B, et al. Health-related quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus at a tertiary care hospital in Ethiopia. *PLoS One* [revista en Internet] 2022 [acceso 2 de febrero de 2023]; 17(2): 64-99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35180266/>
30. Vergara M, Johan C, Nyström F, Israelsson H. Sense of vitality is associated with cardiovascular events in type 2 diabetes independently of traditional risk factors and arterial stiffness. *Diabet Med.* [revista en Internet] 2023 [acceso 15 de Diciembre de 2022]; 40(2):14-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36039920/>
31. Ramkisson S, Pillay B, Sibanda W. Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* [revista en Internet] 2017 [acceso 2 de febrero de 2023]; 9(1):1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28828879/>
32. Babenko A, Mosikian A, Lebedev D, Khrabrova E, Shlyakhto E. Mental state, psychoemotional status, quality of life and treatment compliance in patients with Type 2 diabetes mellitus. *J Comp Eff Res.* [revista en Internet] 2019 [acceso 15 de Diciembre de 2022]; 8(2):113-120. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30547671/>
33. Guerrero I, Gimeno A, Poblador B, Gimeno L, Ioakeim I, Rojo G, et al. Association between mental health comorbidity and health outcomes in type 2 diabetes mellitus patients. *Sci Rep* [revista en Internet] 2020 [acceso 15 de Diciembre de 2022]; 10(1):19-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33177607/>
34. Donihi A. Practical Recommendations for Transitioning Patients with Type 2 Diabetes from Hospital to Home. *Curr Diab Rep* [revista en Internet] 2017 [acceso 16 de Enero de 2023]; 17(7):10-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28573408/>
35. Zerihun L, Benayew M, Zerihun M. Diabetic Self-Care Knowledge and Associated Factors Among Adult Diabetes Mellitus Patients. *Diabetes Metab Syndr Obes* [revista en Internet] 2021 [acceso 16 de Enero de 2023]; 14(1): 11-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8126800/>

36. Pender NJ, Pender AR. Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: Predicting potential consumers. *American Journal of Public Health* [revista en Internet] 1980 [acceso 25 de febrero de 2023]; 70(8): 798-803. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7416338/>
37. 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 7 de Febrero de 2023]; 31(5): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34376354/>
38. Sharma S, Mohan U, Singh S, Deori T, Misra A. Quality of life of type 2 diabetes mellitus patients attending a tertiary care hospital of Northern India: A cross sectional study. *J Family Med Prim Care* [revista en Internet] 2021 [acceso 28 de abril de 2022]; 10(5): 1-12. Disponible en: <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2017;volume=6;issue=1;spage=169;epage=170;aui=Faizi>
39. Adamantios T, Nikolaos B, Eleni M, Anastasios T, Roza M, Georgia K, et al. Quality of Life of Greek Patients with Type 2 Diabetes and the Role of Rehabilitation. *International Journal of Nursing Education* [revista en Internet] 2021 [acceso 1 de febrero de 2023]; 13(3): 201-205. Disponible en: <https://medicopublication.com/index.php/ijone/article/view/16325>
40. Huamani S, Altamirano M. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia por COVID-19 en pacientes con Diabetes Tipo 2 de un consultorio de endocrinología de Lima Norte, 2022 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2022. [Internet]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/909/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. Herrera L. Calidad de vida relacionada con la salud durante la pandemia por Covid-19 en personas con diabetes tipo 2 que acuden a la consulta en un establecimiento de salud de Lima Norte [tesis licenciatura]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/645>
42. Zegarra A, Zegarra E. Calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 identificados en un consultorio de medicina ubicado en Lima-Norte. *Cuidado y Salud publica* [revista en Internet] 2022 [acceso 9 de febrero de 2023]; 2(1): 48-55. Disponible en: <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/43/165>
43. Mcclean S, Bray I, Viggiani D, Bird E, Pilkington P. *Research Methods for Public Health*. California-EEUU: Sage Publications Ltd; 2019. 296 p.
44. Saverino A, Zsirai E, Sonabend R, Gaggero L, Cevasco I, Pistarini C, et al. Health related quality of life in COVID-19 survivors discharged from acute

hospitals: results of a short-form 36-item survey. F1000Research [revista en Internet] 2021 [acceso 26 de abril de 2022]; 10(282): 1-10. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/10-282>

45. Phillips AW, Durning SJ, Artino AR. Survey methods for medical and health professions education [Internet]. Philadelphia-USA: Elsevier; 2021. 136 p. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/survey-methods-for-medical-and-health-professions-education/phillips/978-0-323-69591-6>
46. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria [revista en Internet] 2005 [acceso 7 de febrero de 2023]; 19(2): 7-15. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
47. Arroyo D. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a la consulta médica en un consultorio de cardiología en Lima Norte [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2022. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.uclm.es/bitstream/handle/20.500.12872/659/Arroyo_DY_tesis_enfermeria_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
48. 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]. USA; 1979. p. 1-10. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
49. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association [revista en Internet] 2021 [acceso 27 de marzo de 2023]; 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/>
50. Veatch RM, Guidry-Grimes LK. The basics of bioethics. 4ª ed. Londres-Reino Unido: Routledge; 2020. 324 p.
51. Cantu P. Cantu. Bioética e investigación en salud. Colombia. Editorial Trillas. 2020. 4ª ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
52. Mandal J, Ponnambath D, Parija S. Bioethics: A brief review. Trop Parasitol. [revista en Internet] 2017 [acceso 3 de enero de 2023]; 7(1): 5–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28459009/>
53. Vaughn L. Bioethics. Principles, Issues and Cases. 3ª ed. New York-United States of America: Oxford University Press; 2016.
54. Yalew A, Yitayal M, Minyihun A. Health-related quality of life and associated

factors among patients with diabetes mellitus at the University of Gondar referral hospital. *Health Qual Life Outcomes* [revista en Internet] 2020 [acceso 23 de marzo de 2023]; 18(1):45-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32156282/>

55. 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 Qual Life Outcomes*. [revista en Internet] 2020 [acceso 23 de marzo de 2023]; 18(1):1-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32000785/>
56. Kanaley J, Colberg S, Corcoran M, Malin S, Rodriguez N, Crespo C, et al. Exercise/Physical Activity in Individuals with Type 2 Diabetes. *Med Sci Sports Exerc* . [revista en Internet] 2022 [acceso 23 de marzo de 2023]; 54(2):353-368. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35029593/>
57. Burr j, Rowan C, Jamnik V, Riddell M. The role of physical activity in type 2 diabetes prevention. *Phys Sportsmed* [revista en Internet] 2010 [acceso 23 de marzo de 2023]; 38(1):72-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20424404/>
58. Carvalho A, Ferreira M, Ferreira P, Harmer A. Does type 2 diabetes increase the risk of musculoskeletal pain? Cross-sectional and longitudinal analyses of UK biobank data. *Semin Arthritis Rheum* [revista en Internet] 2020 [acceso 23 de marzo de 2023]; 50(4):728-734. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32521327/>
59. Busija L, Ackerman I, Haas R, Wallis J, Nolte S, Bentley S, et al. Adult Measures of General Health and Health-Related Quality of Life. *Arthritis Care Res (Hoboken)* [revista en Internet] 2020 [acceso 12 de febrero de 2023]; 72(1): 522-564. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091274/>
60. Katsukawa F. Energy Requirements for Older Patients with Type 2 Diabetes. *Nutrients* [revista en Internet] 2021 [acceso 23 de marzo de 2023]; 30(3): 13(3): 37-53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7996826/>
61. Schram M, Assendelft W, Tilburg T, Dukers N. Social networks and type 2 diabetes: a narrative review. *Diabetologia* [revista en Internet] 2021 [acceso 23 de marzo de 2023]; 64(9):5-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189591/>
62. Lee L, Hsieh C, Lin Y. Life satisfaction and emotional distress in people living with type 2 diabetes mellitus. *J Clin Nurs* [revista en Internet] 2021 [acceso 23 de marzo de 2023]; 30(17):73-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33655571/>
63. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A. What is good mental health? A scoping review. *Eur Neuropsychopharmacol* [revista en Internet] 2020

[acceso 5 de marzo de 2023]; 34(1): 33-46. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31901337/>

64. Dhillon H, Nordin R, Ramadas A. Quality of Life and Associated Factors among Primary Care Asian Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Environ Res Public Health* [revista en Internet] 2019 [acceso 23 de marzo de 2023]; 16(19): 35-61. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6801549/>
65. Alaofè H, Amoussa W, Djrolo F, Ehiri J, Rosales C. Factors Associated with Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes of South Benin. *Int J Environ Res Public Health* [revista en Internet] 2022 [acceso 23 de marzo de 2023]; 19(4):23-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35206551/>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CVRS								
Variable	Clasificación de acuerdo a su naturaleza y en función a su escala de medición	Definición teórica	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems	Valor final	Puntajes para la asignación de valores
Calidad de vida	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	La CV es una percepción que se da en las personas producto de como interactúan una serie de factores económicos-sociales-culturales-ambientales, vinculados con su condición de salud y bienestar (46).	La CV es una percepción que se da en las personas con DM2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús producto de como interactúan una serie de factores económicos-sociales-culturales-ambientales, vinculados con su condición de salud y bienestar, los cuales serán evaluados mediante el empleo del SF-36.	1. Funcionamiento físico	Actividad física en las cuales se incluyen el bañarse y ducharse	10 (3-4-5- 6-7, 8-9-10-11-12)	#CV Muy Baja #CV Baja #CV Promedio #CV Alta #CV Muy Alta	Puntaje [0-20] Puntaje [21-40] Puntaje [41-60] Puntaje [61-80] Puntaje [81-100]
				2. Rol físico	Excelente estado de salud (optimo estado físico) para trabajar	4 (13-14-15-16)		
				3. Dolor corporal	Presencia de dolor	2 (21-22)		
				4. Salud general	Valoración de la salud.	5 (1-33-34-35-36)		
				5. Vitalidad	Entusiasmo para hacer actividades	4 (23-27-29-31)		
				6. Función social	Interacciones con los demás	2 (20-32)		
				7. Rol emocional	Equilibrio emocional	3 (17-18-19)		
				8. Salud mental	Tranquilidad-seguridad	5 (24-25- 26-28-30)		
				9. Cambio de salud	Percepción de su salud (desde hace un año)	1 (2)		

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO SF-36

I. PRESENTACIÓN

Buen día, soy egresada de enfermería de la Universidad María Auxiliadora, solicitamos su colaboración para facilitarnos ciertos datos que nos permitirán conocer la calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús en Lima-Sur. Los datos proporcionados serán anónimos y confidenciales.

II. DATOS GENERALES:

Edad en años:

Sexo:

Femenino [] Masculino []

Estado civil:

Soltero [] Casado [] Conviviente [] Divorciado(a) []

Grado de instrucción:

Primaria completa [] Primaria incompleta [] Secundaria completa []
Secundaria incompleta [] Superior completo [] Superior incompleto []

Condición de ocupación:

Estable [] Ocasional [] Sin Ocupación []

III. INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor, leer detenidamente y con atención. Cuando analicé su respuesta, procuré recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Qué respuesta viene a tu mente primero? Escoge la alternativa que mejor se adapte y marque con un aspa (X).

1. Según su estado de ánimo, su sueño, su iniciativa diaria; usted diría que su salud general es:

Excelente		Muy buena		Buena		Regular		Mala	
1		2		3		4		5	

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
3.	Su salud actual, ¿le limita hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes que lo cansen demasiado?	1	2	3
4.	Su salud actual, ¿le limita hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, trapear, barrer, jugar con la pelota o caminar más de una hora?	1	2	3
5.	Su salud actual, ¿le limita coger o llevar la bolsa de la compra?	1	2	3
6.	Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?	1	2	3
7.	Su salud actual, ¿le limita o molesta subir un solo piso por la escalera?	1	2	3
8.	Su salud actual, ¿le limita o no le permite agacharse o arrodillarse?	1	2	3
9.	Su salud actual, ¿le limita caminar un kilómetro o más?	1	2	3

10	Su salud actual, ¿le limita caminar varias cuadras? (más de cinco cuadras)	1	2	3
11	Su salud actual, ¿le limita caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	1	2	3
12	Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?	1	2	3

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

		SI	NO
13	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1	2
14	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer (trabajar, ejercicios, cocinar, estudiar), a causa de su salud física?	1	2
15	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1	2
16	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	1	2

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias habituales como resultado de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

		SI	NO
17	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	1	2
18	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos actividades diarias de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	1	2

19	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	1	2
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Si, muy poco	Si, un poco	Si, moderado	Si, mucho	Si, muchísimo
1	2	3	4	5	6

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
1	2	3	4	5

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN DICHO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
23.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
24.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
25.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6

26.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
27.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
28.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
29.	Durante las 4 últimas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
30.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
31.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado o sin ánimo?	1	2	3	4	5	6

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
1	2	3	4	5

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTO O FALSO CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

		Totalmente cierto	Bastante cierto	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
33.	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
34.	Estoy sano como cualquiera	1	2	3	4	5
35.	Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
36.	Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 con diabetes tipo 2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús en Lima-Sur, 2023

Nombre del investigador principal:

-Manrique Castro María Angélica

-Hinostroza Palacios Diego Alexander

Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 que acuden a la clínica particular Divino Niño Jesús en Lima-Sur, 2023

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

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

Costo por participar: Usted no incurrirá en ningún gasto a lo largo del estudio.

Confidencialidad: La información que usted nos brinde estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

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 Manrique Castro María Angélica, coordinador de equipo teléfono móvil N° 984176181 o al correo electrónico: mamanriquecastro@gmail.com

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
Manrique Castro María Angélica	
Nº de DNI	
41648890	
Nº teléfono móvil	
984176181	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Hinostroza Palacios Diego Alexander	
Nº de DNI	
73991869	
Nº teléfono	
945462443	
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