



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

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DIVINO NIÑO JESÚS SAN
JUAN DE MIRAFLORES, 2022”**

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

AUTORES:

Bach. LASTRA MONAGO LINDAURA
<https://orcid.org/0000-0002-3739-415X>

Bach. GARCIA CUYA FELICITA
<https://orcid.org/0000-0001-7755-5184>

ASESOR:

Mg. MATTA SOLIS EDUARDO PERCY
<https://orcid.org/0000-0001-9422-7932>

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a nuestra familia, esposo e hijos por el gran apoyo que nos brindaron durante la vida universitaria.

A todos nuestros profesores por brindarnos conocimientos.

A la Universidad que es nuestra alma mater que nos abrió la puerta para ser mejores profesionales.

Agradecimiento

Queremos dar gracias a Dios por darnos la fuerza para lograr nuestras metas, la ayuda de nuestras familias y amigos han sido fundamentales para seguir en todo este tiempo, gracias por creer en nosotros siempre.

Agradecemos a cada uno de nuestros maestros y a la universidad en general por habernos brindado conocimiento teorías y prácticas durante la estancia universitaria.

Índice general

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Anexos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MATERIALES Y MÉTODOS	21
III. RESULTADOS	27
IV. DISCUSIÓN	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	57

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)	27
Tabla 2. Calidad de vida en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)	29
Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión función física en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80).....	30
Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión rol físico en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80).....	31
Tabla 5. Calidad de vida según su dimensión dolor en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)	32
Tabla 6. Calidad de vida según su dimensión salud general en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80).....	33
Tabla 7. Calidad de vida según su dimensión energía /vitalidad en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80).....	34
Tabla 8. Calidad de vida según su dimensión función social en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80).....	35
Tabla 9. Calidad de vida según su dimensión función emocional en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80).....	36
Tabla 10. Calidad de vida según su dimensión bienestar emocional en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80).....	37

Tabla 11. Calidad de vida según su dimensión cambio de salud en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)..... 38

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	58
Anexo B. Instrumentos de recopilación de información.....	59
Anexo C. Consentimiento informado	64
Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición	65
Anexo E. Confiabilidad del instrumento	66

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022.

Materiales y métodos: El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, el diseño fue descriptivo-transversal y la población estuvo conformada por 80 pacientes con pie diabético debidamente seleccionados. La técnica para recolectar los datos fue la encuesta y el instrumento empleado fue el SF-36, que comprende de 36 preguntas y 9 dimensiones.

Resultados: En cuanto a la calidad de vida predominó el nivel alto con 48,8% (n=39), seguido de promedio 27,5% (n=22), bajo 12,5% (n=10), muy alto 6,3% (n=5) y muy bajo 5,0% (n=4). Según sus dimensiones, en función física predominó el nivel muy alto con 35% (n=28), en rol físico muy alto con 67,5% (n=54), en salud general promedio con 47,5% (n=38), en energía/vitalidad, promedio con 41,3% (n=33), en función social el alto con 38,8% (n=31), en función emocional el muy alto con 57,4% (n=46), en bienestar emocional el promedio con 45% (n=36) y en cambio de salud el alto con 50% (n=40).

Conclusiones: En cuanto a la calidad de vida predominó el nivel alto, seguido del promedio, bajo, muy alto y muy bajo. Según sus dimensiones, en salud general, energía/vitalidad y bienestar emocional, predominó el nivel promedio; en función física, rol físico y función emocional predominó el nivel muy alto y en función social y cambio de salud predominó el nivel alto.

Palabras clave: Calidad de Vida; Pacientes; Pie diabético (Fuente: DeCS)

Abstract

Objective: To determine the quality of life in patients with diabetic foot treated at the Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores Clinic, 2022.

Materials and methods: The study had a quantitative approach, the design was descriptive-cross-sectional and the population consisted of 80 patients with diabetic foot duly selected. The technique to collect the data was the survey and the instrument used was the SF-36, which includes 36 questions and 9 dimensions.

Results: Regarding quality of life, the high level prevailed with 48.8% (n=39), followed by an average of 27.5% (n=22), low 12.5% (n=10), very high 6, 3% (n=5) and very low 5.0% (n=4). According to its dimensions, in physical function the very high level predominated with 35% (n=28), in very high physical function with 67.5% (n=54), in average general health with 47.5% (n=38).), in energy/vitality, average with 41.3% (n=33), in social function the high with 38.8% (n=31), in emotional function the very high with 57.4% (n=46), in emotional well-being the average with 45% (n=36) and in change of health the high with 50% (n=40).

Conclusions: Regarding the quality of life, the high level prevailed, followed by the average, low, very high and very low. According to its dimensions, in general health, energy/vitality and emotional well-being, the average level predominated; in physical function, physical role and emotional function the very high level predominated and in social function and health change the high level predominated.

Keywords: Quality of Life; Patients; Diabetic foot (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan alrededor del 71% de la carga de mortalidad mundial, principalmente incluyen problemas de salud como enfermedades cardiovasculares (ECV), enfermedades oncológicas, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus (DM). Los países de economías con ingresos de bajos a medianos soportan una carga de ENT, con un riesgo de mortalidad prematura 1,5 veces mayor que los países de ingresos altos (1).

Según la Federación Internacional de Diabetes, la DM es una enfermedad que por su alta prevalencia se está saliendo del control, las cifras señalan que 537 millones de personas tienen diabetes a nivel global. Las proyecciones realizadas predicen que se llegue a 643 millones de diabéticos para 2030, y 783 millones para el 2045. La DM se presenta cada vez más en personas de edades más tempranas como en niños y adolescentes. Una cuestión que es preocupante es que la DM es una enfermedad silenciosa en sus etapas iniciales, por ello existen según cálculos un 45% de personas con diabetes pero que no están diagnosticados, por tanto, no reciben cuidados ni tratamiento. La DM más prevalente es la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Otro problema es el gasto que genera en los sistemas de salud que se ha calculado en la actualidad en 1 billón de dólares (2).

El trastorno del azúcar en la sangre de los pacientes con DM2 puede provocar lesiones en los vasos sanguíneos (daño microvascular) y los nervios periféricos. Además, esta enfermedad en su etapa avanzada puede causar algunas complicaciones graves, como la nefropatía, retinopatía, la neuropatía, y la úlcera de pie diabético (UPD), afectando la calidad de vida (CV) y bienestar de los pacientes. Las complicaciones que se ven cada vez con más frecuencia, se presentan cuando el control de la enfermedad es inadecuado (3). La CV valora la condición de salud general de la persona en varios dominios de la vida, aplicarlo en personas que padecen de enfermedad sistémicas (Como la DM2), es decir patologías que afectan diversos sistemas del organismo es fundamental como indicador de salud para los clínicos. Los pacientes con heridas crónicas tienden a presentar una mala CV. La CV del paciente disminuye a medida que aumenta el dolor y las complicaciones y

aumenta cuando se deja de ser dependiente. Aunque la mayoría de los pacientes con neuropatía periférica diabética no experimentan dolor, aproximadamente el 11% de los pacientes tienen síntomas dolorosos crónicos que reducen su CV, interrumpen el sueño y pueden provocar depresión (4).

La neuropatía diabética inhibe a los pacientes de sentir dolor o cualquier molestia, dejando los pies vulnerables a ser apretados y deformados sin darse cuenta. En un estudio previo, la incidencia de UPD en personas con diabetes >50 años fue de 8,1%, levemente superior a la incidencia mundial promedio. Los pacientes con UPD suelen tener un mal pronóstico, y cada 20 segundos hay una amputación diabética. La mortalidad anual de los pacientes con UPD llega al 11% y la mortalidad con amputación al 22%. Además, la recurrencia de la UPD después de la curación es relativamente alta, hasta más del 50% (3)(5). Esta complicación devastadora de la DM, que afecta al 15% de los diabéticos en su vida. Se asocia a neuropatía y enfermedad vascular periférica. La ulceración es la causa inicial de un proceso dramático que conduce, si no se trata correctamente, a las amputaciones. Tanto la neuropatía como la neuro isquemia y las infecciones tienen un papel determinante en la cicatrización o el empeoramiento de las lesiones y el 85% de todas las amputaciones en pacientes diabéticos están precedidas por una ulceración del pie que se deteriora hasta una gangrena grave o una infección (6).

Los pacientes con DM tienen un 25% de riesgo de desarrollar úlceras en los pies a lo largo de su vida. Entre los pacientes con úlceras de pie diabético, el 20% se somete a una amputación mayor y existe una tasa de mortalidad del 50% por complicaciones cardiovasculares a los 5 años. Se reportó que en México se amputan 75 personas por día, en algunas regiones del mundo se realiza una amputación secundaria a complicaciones de la DM menos de 30 segundos (7).

Un estudio realizado en la República Checa sobre CV en 167 pacientes con UPD (68% eran varones y 32% mujeres) cuya edad media fue 65 años (36-79 años), se reporta que la CV se ve afectada por la forma de tratamiento de la DM, la intensidad del dolor, la etiología de la herida, el uso de silla de ruedas y la edad de los

participantes. Cuando la edad aumenta en un año, la CV cayó 0,4 puntos, por lo tanto, diez años darían como resultado en una caída de cuatro puntos (8).

Asimismo, un estudio de cohortes basado en la población en el Reino Unido demostró que el desarrollo de una UPD se asocia con una mortalidad del 5% en los primeros 12 meses y una mortalidad del 42% en los cinco años. También se encontró que los pacientes con UPD tenían un riesgo de muerte 2,5 veces mayor en comparación con sus contrapartes diabéticos sin heridas en los pies. Además, los pacientes que viven con UPD sufren una gran morbilidad, una peor CV, un peor ajuste psicosocial y una alta carga de interacciones asistenciales (9). Las UPD afectan negativamente la CV percibida por los pacientes debido a la disminución de la movilidad y, en consecuencia, a la capacidad para realizar las actividades diarias y al aumento de la dependencia de los demás (10).

Mediante un análisis en Malasia evidenciaron que, los pacientes con amputación menor tienen una puntuación significativamente mejor de funcionamiento físico, rol físico, salud general, rol emocional y salud mental ($p < 0,001$). Sin embargo, tienen peor puntuación de dolor corporal y función emocional que aquellos después de una amputación mayor ($p < 0,001$). La puntuación de vitalidad de ambos grupos no fue significativamente diferente (11).

En Etiopía, por medio de una investigación señalaron que, 215 pacientes presentaron una puntuación media de la CVRS global de $50,3 \pm 18,1$. La puntuación media más alta se obtuvo en el dominio de funcionamiento físico y la media más baja en el dominio salud general. La edad, el nivel educativo, historial de tabaquismo, sentimiento de estigmatización y el índice de masa corporal se asociaron inversamente con la CVRS general. El sexo (masculino), estado civil (actualmente casado), ausencia de comorbilidad y la ausencia de complicaciones crónicas relacionadas con la DM se asociaron positivamente con la CVRS global (12).

En el país de Indonesia, a través de un estudio mostraron que la calidad de vida (CV) en los dominios de emociones, cumplimiento positivo, vida familiar y amistad fue alta, mientras que la CV en los dominios de actividades diarias, salud física,

ocio, finanzas, actitud positiva y trato varió de baja a media. Se encontraron diferencias significativas entre ingreso ($p=0,004$), grado de la herida ($p=0,047$), número de heridas ($p=0,029$) y glucemia ($p=0,013$) con la calidad de vida de los pacientes. Otras variables no tuvieron una relación significativa con la CV, pero el estado civil tuvo una correlación significativa con el dominio del ocio ($p= 0,004$) y la duración de la úlcera tuvo una correlación significativa con el dominio de las emociones ($p= 0,001$) (13).

En Brasil, por medio de un trabajo señalaron que la mayoría de los participantes eran mujeres (55%) y tenían una edad media de 55,6 años ($DE=14,8$). La amputación femoral fue la más prevalente (65%) y la diabetes (40%) fue el principal motivo de amputación. El 29% de los amputados clasificó el dolor fantasma como moderado o severo, y el 15% afirmó frecuencia diaria de este fenómeno. En cuanto al dolor fantasma, solo el 6% manifestó frecuencia diaria. La calidad de vida media fue de 4,1 ($DE=1,1$, cinco puntuaciones significan muy satisfecho), el dominio físico de la calidad de vida tuvo la media más baja (3,4, $DE=0,7$) (14).

Por consiguiente, en los países desarrollados, se ha estimado que la aparición de UPD es de alrededor del 8% y uno de cada 6 diabéticos desarrolla úlcera durante su vida. El agravamiento de la UPD en la India se ve agravado por el analfabetismo, el bajo nivel socioeconómico, el calzado inadecuado, la práctica de caminar descalzo, la falta de profesionales de la salud capacitados, la casi ausencia de asesoramiento al paciente y la ignorancia en el cuidado del PD. Las UPD tienen un importante efecto negativo sobre la CVRS. Esto se asocia con movilidad reducida y disminución de las actividades diarias, lo que puede afectar negativamente la CVRS. La UPD es una carga importante para las personas del entorno inmediato del paciente, ya que es deber de los profesionales educar y apoyar regularmente en el cuidado de la herida y hacer frente a las discapacidades físicas y la angustia emocional (15)(16).

Recientemente, en una investigación peruana de 2020 indicaron que, en 8346 enfermos con DM de 39 hospitales, encontró una prevalencia de PD (pie diabético) de 18,9% (IC 95% 16,7-21,1) y específicamente en el departamento de

Lambayeque de 15,2% (5,1-31,9) (17). Asimismo, por medio de una vigilancia epidemiológica en 2019 hallaron que, en 3920 diabéticas de diversos sectores sanitarios del Perú tuvo 35,6% control metabólico, 19,5% neuropatía periférica y 7,7% PD (18).

En nuestro país el primer nivel de atención es el llamado a actuar para contrarrestar la alta prevalencia de las ENT como la DM. Pero sus limitaciones y precariedad limitan su acción, y su labor en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es muy pobre. Se conocen los factores de riesgo de la DM y las ENT en general, pero poco se hace por incidir en educar a la población, traduciendo ello en la presencia de más DM y más complicaciones por UPD. Ante ello, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que en nuestro país casi 5% de las personas de 15 a más años padece de DM, siendo esta enfermedad más prevalente en mujeres que en varones (4,8% y 4,1% respectivamente). Por otro lado, dicho informe resalta la presencia de comorbilidad en casi el 40% (39,9%) de la población y presencia de obesidad en casi la cuarta parte de esta (24,6%). Lo revelado es preocupante e invita a la reflexión del trabajo realizado en beneficio de la salud pública del país (19).

Finalmente señalar que, antes de la pandemia, la DM ya era un problema en nuestro país por su alta prevalencia, y está considerada dentro de las enfermedades metabólicas, y formaba parte de los 11 problemas sanitarios que afectan la salud pública de nuestro país, la institución que realizó dicho documento fue el Instituto Nacional de Salud (INS). La pandemia agudizó y limitó la atención a estos pacientes, lo cual los expuso a una mayor vulnerabilidad (20).

Calidad de vida es referido a la “percepción de los individuos sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”(21).

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que proporciona una perspectiva más amplia de la salud a través de la transmisión de la capacidad de un individuo para funcionar en los dominios físicos, mentales y

sociales de la vida. La CVRS es, por lo tanto, una medida de resultado esencial centrada en el paciente que es útil para orientar las políticas de salud. Se prefiere la CVRS a otros indicadores de salud (esperanza de vida, mortalidad, morbilidad) para medir la carga de enfermedades crónicas, ya que incorpora tanto la duración como la calidad de vida (22).

La DM2 es una enfermedad crónica, no transmisible y sistémica que ha alcanzado proporciones epidémicas. La exposición crónica a la hiperglicemia afecta la red microvascular, lo que eventualmente conduce a nefropatía diabética, retinopatía y neuropatía con un alto impacto en la calidad de vida y la esperanza de vida en general (23).

La úlcera del pie diabético (UPD) se define como "la presencia de infección, ulceración o destrucción de tejidos profundos asociada con anomalías neurológicas y diversos grados de enfermedad vascular periférica (PVD) en pacientes con diabetes mellitus" (24). La neuropatía y la isquemia son dos grandes patologías del pie diabético que dan lugar a los rasgos característicos de la ulceración del pie (neuropática e isquémica) y la neuro artropatía de Charcot. Estos pueden complicarse con una infección y, finalmente, pueden provocar una amputación (menor o mayor) y un aumento de la mortalidad. Todas estas características contribuyen a una carga clínica y económica considerable. La isquemia en forma de enfermedad arterial periférica es un contribuyente importante a la carga del pie diabético. La incidencia de enfermedad aterosclerótica aumenta en pacientes con DM y su evolución natural se acelera. La DM causa una lesión grave y difusa debajo de la rodilla. El riesgo de desarrollar una úlcera del pie diabético a lo largo de la vida oscila entre el 19% y el 34% (25).

En este presente estudio se empleará para la medición de la variable CV el cuestionario SF-36 en versión corta, que ha sido validado en diversos estudios donde se abordan afecciones médicas, incluida la DM. Proporciona información sobre la CV física y mental general al cubrir ocho indicadores de salud: percepción general de salud (5 ítems), funcionamiento físico (10 ítems), limitaciones de roles debido a problemas de salud física (4 ítems), dolor corporal (2 ítems), limitaciones

de rol por problemas personales o emocionales (3 ítems), energía/fatiga (4 ítems), bienestar emocional (5 ítems) y funcionamiento social (2 ítems). Cada escala se transforma directamente en una escala de 0 a 100, a menor puntuación, mayor discapacidad (26)(27). Seguidamente se detallan cada uno de ellos.

El funcionamiento físico está centrado en la capacidad de un individuo para realizar las actividades físicas de la vida diaria. Esto refleja la función y el control motor, la aptitud física y actividad física habitual y es un predictor independiente de la independencia funcional, la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad (28). El rol en funcionamiento / físico es considerada como la facultad de moverse de forma independiente de un lugar a otro. Cuando, las personas presentan limitaciones motoras más bajas corren un riesgo especial de deterioro en su movimiento (28). Mientras que el dolor es descrito como un estímulo que es aplicado a un sitio del cuerpo, el cual impacta negativamente en el movimiento, sueño y la concentración además de aumentar los niveles de emocionales (29). Salud general es comprendido como la condición del organismo, el cual permite desenvolverse de acuerdo a sus capacidades en su entorno (30). En energía / fatiga es descrita como un estado de ánimo, al sentimiento subjetivo de tener la capacidad de realizar actividades mentales o físicas. En cambio, la fatiga, se define como un efecto abrumador, que tiene la disminución de capacidad para realizar trabajos físicos y mentales (31). Función social es entendido como la capacidad de relacionarse unos a otros entre un lazo de afecto, confianza y compromiso. Esto puede generar impactos negativos en la interacción con el medio que nos rodea (32). En función emocional expresan sentimientos subjetivos, como respuestas fisiológicas y conductuales que son especialmente provocadas por estímulos internos-externos, que son percibidos por la propia persona (33). En cambio, el bienestar emocional es el equilibrio de los sentimientos positivos o negativos de corto , mediano y largo plazo, que interfieren con la capacidad de una persona para funcionar en su vida diaria y medio externo (34). Por último, el cambio de salud es descrita como el tiempo de periodo del padecimiento, la cual es relacionada con la perspectiva del individuo sobre la afección y esto va perpetuando con la mejoría de las mismas (35).

La teoría de enfermería de Nola Pender, resalta el modelo de promoción de la salud y educación en el paciente para fomentar conductas autónomas que sean favorables para su salud y bienestar. La educación sanitaria es imprescindible para mejorar la salud del paciente, la familia y la comunidad y al mismo tiempo permitirá contrarrestar muchas enfermedades vinculadas a los estilos de vida. En esencia se busca modificar conductas, actitudes y motivaciones en las personas, para inducirlos a realizar prácticas que promoverán su salud y bienestar. En el actual contexto de emergencia sanitaria, es importante la participación activa del profesional de salud y los pacientes con DM2 que requieren de mucha educación en cuanto a los factores de riesgo (principalmente los factores de riesgo modificables) que afectan su salud, se les debe enseñar a como poder hacerles frente (36).

Polikandrioti y colaboradores (37), en Grecia, en el 2020 realizaron un estudio cuyo objetivo fue “Evaluar el impacto de las características de los pacientes, la ansiedad/depresión y la adherencia a las guías sobre la calidad de vida de los pacientes con úlcera diabética”, participaron 195 pacientes, aplicándoseles el SF-36, donde obtuvieron como resultado niveles de calidad moderados a altos en bienestar emocional, dolor, funcionamiento social y energía/fatiga (mediana: 68, 65, 63 y 60, respectivamente), mientras que tenían niveles bajos de calidad en funcionamiento físico, rol físico y rol emocional (mediana: 21, 0 y 33, respectivamente). En su estado de salud general, los pacientes tenían niveles moderados (mediana: 50). Por último, concluyeron que los pacientes con UPD también presentan resistencia a la insulina, obesidad central, dislipidemia e hipertensión. Además, los profesionales de la salud deben ser conscientes de estos factores modificables que afectan negativamente a la cicatrización, asimismo, pueden ayudar y lograr un tratamiento eficaz de la carga emocional de los pacientes con UPD y aumentar la adherencia al autocuidado.

Kuang y colaboradores (3), en China, durante el 2021 elaboraron un estudio con el objetivo de buscar “Impactos de la resiliencia psicológica en la autoeficacia y la CV en pacientes con úlceras del pie diabético”, fue un estudio transversal prospectivo ” con un total de 98 pacientes. La valoración de la CV se hizo mediante el SF-36. En

los resultados evidenciaron que la mayoría de los pacientes se clasificaron con grado 1 o 2 de UPD. Asimismo, la puntuación media de salud general en todos los participantes fue de $55,8 \pm 9,0$ sobre 100 puntos. Además, se encontró que los pacientes que tenían una mayor resiliencia y autoeficacia, presentaban mejor CV, pero los que presentaron niveles bajos fueron vistos como factor de riesgo en su CV. Concluyen que este estudio puede ayudar de alguna manera a mejorar el ámbito de calidad en el paciente.

Kudlová y colaborador (8), en República Checa en el 2020 efectuaron un trabajo cuyo objetivo fue “Conocer la CV de los pacientes con pie diabético afectados por úlcera (UADF) y establecer si existe relación entre el género, la edad, la duración y el tipo de tratamiento de la DM, la duración del tratamiento y la etiología de la herida, la intensidad del dolor, grado de UADF, método de descarga de presión en el pie y CV”, se contó con 167 pacientes. Emplearon el cuestionario SF-36, donde obtuvieron que el 68% eran hombres y el 32% mujeres, con edad promedio de 65 años y con una duración del tratamiento de 19 años. Asimismo, más de la mitad de los pacientes con UPD informaron dolor intenso (62%), que se confirmó que tenía un impacto significativo en la CV. Finalmente, concluyen que la CV se ve afectada por la forma de tratamiento de la DM, la intensidad del dolor y la edad de los encuestados.

Sadrah (38), en Arabia Saudita, en el 2019, desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo “Evaluar la CVRS en general en pacientes con DM2 con pie diabético en comparación con pacientes diabéticos sin pie diabético e identificar la utilidad clínica de esta evaluación”, se contó con 250 pacientes con DM2. Se utilizó el formulario corto de SF-36. En los resultados menciono que la puntuación total de la CV sin úlceras era más satisfactoria que los que experimentaron la enfermedad del pie diabético ($49,4 \pm 12,0$ frente a $40,5 \pm 10,6$, $p < 0,001$). Los pacientes diabéticos con úlceras en los pies presentaban peores consecuencias para la salud mental y física en comparación con los pacientes sin enfermedad del UPD. Sin embargo, no hubo diferencia significativa entre grupos de estudio con respecto al dolor corporal ($p = 0,654$), problemas de salud emocional ($p = 0,931$) y salud mental ($p = 0,154$). Concluye que mostraron valores discriminativos altos para pacientes con DM2, y

que este instrumento es recomendable para lograr una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Zhao y colaboradores (39), en Canadá, en el 2020, desarrollaron un estudio sobre “Un estudio longitudinal sobre la asociación entre la enfermedad del pie diabético y la calidad de vida relacionada con la salud en adultos con diabetes tipo 2”. El trabajo fue longitudinal de cohorte, participaron 969 personas y el instrumento que utilizaron fue el SF-36. Sus resultados indican, el 27,4 % participantes informaron tener pie diabético. Aquellos con enfermedad de pie diabético informaron una CVRS más baja en comparación con aquellos sin enfermedad de pie diabético al inicio del estudio: PCS, 8,44 (intervalo de confianza [IC] del 95 %, 7,06 a 9,82); MCS, 4,33 (IC del 95 %, de 2,99 a 5,67). Concluyeron que la CVRS fue baja, debido que presentaron la salud física, mental y general disminuida producto a su enfermedad.

Carranza y colaboradores (40), en Perú, en el 2019 realizaron un estudio que busco “Evaluar el estado de salud de pacientes amputados por pie diabético en dos hospitales en 2017”, participaron 96 pacientes de ellos, 56 fueron varones y 40 mujeres (media: $58,25 \pm 10,9$ años). Aplicaron el “SF-36”, donde informaron que la duración del diagnóstico fue de 13 años y el tiempo de amputación fue de 21 meses. La CV fue satisfactoria (68,75%) y la dimensión más afectada fue la función física (media: 41,72) e independencia funcional (59,38%). Asimismo, concluyen que la calidad de vida fue satisfactoria en la mayoría de los encuestados.

La DM2 es una enfermedad de tipo metabólica que tiene un curso crónico, la cual con el paso de los años se va haciendo cada vez más prevalente. Hoy se constituye en un serio problema sanitario que afecta la salud pública a nivel global. Con la llegada de la pandemia por coronavirus COVID-19, se agudiza la situación de los pacientes con diabetes, en primer lugar, la atención de estos pacientes en los sistemas de salud se restringió intempestivamente y en segundo lugar su condición vulnerable, los hizo presa fácil del COVID-19, donde muchos diabéticos fallecieron debido a las complicaciones respiratorias y falla sistémica en su organismo. Ante ello urge retomar la atención integral de estos pacientes. De no tratarse oportunamente, esta enfermedad progresa y evoluciona hacia las complicaciones

como la presencia de úlceras de pie diabético, condición que hace más difícil la condición de salud del paciente, ya que esto lo afecta tanto en el dominio emocional y físico. Por ello es importante el desarrollo de esta investigación que busca valorar la CV de estos pacientes afectados en diferentes dominios de su vida, solo así podremos tener una lectura diagnóstica de su condición de salud. Con ello se podrán implementar acciones de mejora orientadas a mejorar el cuidado de estas personas en búsqueda de una mejor CV y bienestar para ellos.

La revisión bibliográfica inicial es fundamental en el desarrollo de una investigación, en el caso de este estudio se realizó una indagación sistemática amplia en repositorios y bases de datos científicas de origen nacional e internacional, es ahí donde se evidencio que existen principalmente estudios que abordan la diabetes desde el punto de vista del clínico-terapéutico y de las complicaciones, siendo pocos los que lo analizan desde el enfoque de la CV. Revisando estudios antecedentes, se constató que en el lugar donde se hará el trabajo de campo, no se realizó un estudio antecedente alguno. Por lo señalado se justifica la realización de esta investigación que busca contribuir con conocimiento actualizado y relevante que permita establecer estrategias que velen por la salud y bienestar de las personas con diabetes participantes.

En relación al valor práctico, estos resultados generaran evidencias relevantes y sólidas que serán compartidas con las autoridades de la Clínica, lo cual permitirá que los profesionales de salud que ahí laboran, brinden una mejor atención integral y cuidados de los participantes, para minimizar los riesgos en su salud, en beneficio de su bienestar.

En relación a la relevancia social, el estudio llevara a tener resultados que se traducirán en aportes que permitan beneficiar a los pacientes participantes del estudio que acuden a la Clínica ubicada en Lima Sur.

Finalmente, señalar que el presente estudio fue elaborado teniendo como marco de referencia al método científico, que favorece su rigor teórico/metodológico y, por tanto, la obtención de resultados y conclusiones sólidas y validas que puedan constituirse como evidencia científica útil que permita establecer mejoras en beneficio de la población participante.

El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo en curso es desarrollado desde la concepción del enfoque cuantitativo de la investigación científica y el diseño metodológico que se asume será el descriptivo-transversal. Es cuantitativo porque la variable principal/central será cuantificada con un instrumento de recolección de datos cuantitativo y los datos recolectados serán analizados mediante procesos de la estadística descriptiva (41), es descriptivo ya que se mostrara el desenvolvimiento de la variable principal en su medio natural y

es transversal ya que la medición del fenómeno se realizara una sola vez en el tiempo que dure todo el trabajo de campo (42).

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población estará conformada por 80 pacientes con pie diabético que son atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús de San de Miraflores, ubicada en Lima Sur. La cantidad de pacientes fue calculada en base a los pacientes en similar condición que fueron atendidos en los últimos tres meses del año 2021. La recolección de datos se llevó a cabo en el primer trimestre de este año 2022. Seguidamente se detallan los criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Pacientes con DM2 y pie diabético > 30 años que acudieron a la clínica en búsqueda de atención.
- Pacientes con DM2 con tiempo de enfermedad mayor igual 2 años.
- Pacientes con DM2 que presenten por lo menos una complicación crónica.
- Pacientes con DM2 orientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes con DM2 que aceptaron ser parte del estudio y dieron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con DM2 que no desearon participar en el estudio.
- Pacientes con DM2 que no están orientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes con DM2 que se encuentren con medicación por alteraciones mentales
- Pacientes con DM2 con antecedente DCV o ACV

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El estudio, presenta como variable principal al constructo “Calidad de Vida”, esta es una variable tipificada como cualitativa y su escala de medición es la ordinal.

Definición conceptual:

Es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de los diversos dominios de su vida, considerando el impacto que tiene ello en su estado de salud/bienestar (43).

Definición operacional:

Es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que los pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, realizan de los diversos dominios de su vida, considerando el impacto que tiene ello en su estado de salud/bienestar, expresándose ello en dominios como función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y cambio de salud, el cual será evaluado con el instrumento de medición SF-36.

2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**Técnica de recolección de datos:**

Para el trabajo de campo en esta investigación se empleó la técnica de la encuesta, ello debido al enfoque, diseño y el tipo de población participante, ya que esta es una herramienta que permite recolectar información de manera rápida y ordenada. Esta técnica es la de elección cuando se realizan estudios en donde se usa un instrumento de recolección de datos estandarizado y se quiere conocer actitudes y comportamientos de una población o grupo de participantes. Además es importante destacar que la encuesta es muy conocida y aplicada en los diferentes estudios del área de salud de tipo cuantitativo-descriptivo (44).

Instrumento de recolección de datos:

El instrumento de SF-36 es uno de los instrumentos de medición de CV más populares para valorar la condición de salud de una persona que padece una enfermedad. Se ha utilizado a gran escala durante muchos años en múltiples enfermedades, como en los diabéticos. Asimismo, esta validado y es confiable en muchos de los estudios realizados a nivel global, sus propiedades psicométricas son destacadas. Ello hace que sea traducido en diferentes idiomas, y empleado para el uso en la clínica y en investigación. Además, es adoptada del instrumento MOS 36-SF por la Organización mundial de la salud (OMS). Está representado por

36 preguntas que contiene funcionamiento físico, rol en funcionamiento/ físico, dolor, salud general, energía / fatiga, función social, función emocional y bienestar emocional. Por último, un elemento final, que no está incluido dentro de ellos, pero es considerado y denominado como cambio de salud. Cada elemento del SF-36 se calificó en una escala lineal y las preguntas redactadas negativamente se codificaron inversamente antes del análisis. La puntuación de cada dominio se obtuvo mediante la suma de los ítems correspondientes. Luego, las puntuaciones se transformaron linealmente en una escala de 0 a 100. Luego se ajustaron las puntuaciones medias para que las puntuaciones de los dominios fueran comparables con las puntuaciones utilizadas en el MOS (0-100) (las puntuaciones más bajas indican una calidad de vida peor) (26)(12).

Validez y confiabilidad del instrumento:

En cuanto a la validez y confiabilidad, estas fueron realizadas de la siguiente manera. La validez de contenido se hizo con la participación de 5 jueces expertos (profesionales de la salud) quienes dieron una valoración promedio luego de realizar sus apreciaciones, el valor fue de 90,16%, que se traduce en un valor de bueno (Ver Anexo D).

En cuanto a la confiabilidad, se hizo a través del alfa de Cronbach, que dio un resultado de 0,911, que se traduce en fiable para la aplicación (Ver Anexo E).

2.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para llevar a cabo el proceso de recopilación de información se solicitó un documento de respaldo a la Universidad María Auxiliadora (carta de presentación), para gestionar el acceso pleno formal a la Clínica y a los pacientes que ahí asisten.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La recopilación de información se desarrolló durante los tres primeros meses del presente año 2022. Se explicó a los pacientes sobre las generalidades y alcances del estudio, luego se les invito a ser participantes del mismo. El cuestionario fue

aplicado directamente pudiendo tomar con cada uno de los pacientes participantes un tiempo aproximado de 15 minutos para el llenado completo de la ficha de datos. Los que presentaron dificultades, fueron asistidos inmediatamente hasta que completen en brindar la información que se les solicita. Teniendo en cuenta que continuamos en emergencia sanitaria, se tomó en cuenta los protocolos sanitarios necesarios que permitieron cuidar la salud del encuestador y pacientes participantes.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Una vez culminada el recojo de la información, los datos recopilados fueron ingresados a una matriz diseñada en el programa SPSS v26 en español, en dicha plataforma se realizó el análisis de la información recolectada, donde se aplicó la estadística de tipo descriptiva, a través de herramientas como tablas de frecuencia absolutas/relativas, medidas de tendencia central y operación con las variables involucradas, que permitieron obtener respuestas en base al objetivo general y específicos del estudio. Luego los resultados más relevantes fueron presentados a través de tablas, los cuales tendrán una descripción que permita su entendimiento. Finalmente, con dicho insumo se redactó la sección resultados y discusión que incluye las conclusiones/recomendaciones.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

La bioética respalda y orienta el accionar del investigador cuando este conduce una investigación clínica o de salud en donde participen seres humanos. Los aspectos bioéticos buscan dar un marco transparente y garantizando el respeto de los derechos y decisiones de los seres humanos participantes (personas que acuden a la atención médica en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan De Miraflores), cuando se realice una investigación en áreas clínicas y de salud. Los aspectos bioéticos a tenerse en cuenta en este estudio, toman como referencia los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki emitida en 1964 (45) que resalta el respeto a las decisiones del participante y el consentimiento informado; y el Reporte de Belmont emitido en 1968 (46) que resalta la aplicación de principios como el de

la autonomía, beneficencia y justicia, un cuarto principio bioético fue propuesto por Beauchamp y Childress (47) que es el de la no maleficencia. A continuación, se describen como serán aplicados en la investigación:

Principio de Autonomía

Señala que cada individuo tiene el derecho de hacer su propia elección, lo cual debe respetarse, constituye la base para la práctica del consentimiento informado con respecto a la prestación de atención en salud (48).

Se explicó a cada paciente participante sobre los alcances del estudio y posteriormente se les solicitará el consentimiento informado respectivo.

Principio de beneficencia

Se refiere al actuar teniendo en cuenta el mejor interés del otro, es la premisa básica de que los proveedores de atención en salud deben tener en cuenta cuando prestan atención en salud. Se debe beneficiar al paciente y tomar medidas positivas para evitar que el paciente sufra daños (48).

Se dio a conocer a todo paciente participante sobre los beneficios que obtendrá de dicho estudio, los cuales tendrán un efecto positivo en su salud.

Principio de no maleficencia

Busca evitar y no causar daño al ser humano. Asimismo, se esfuerza por minimizar algún riesgo que pueda perjudicar a un paciente y argumenta que no se debe realizar ningún procedimiento cuyos daños anticipados superen los beneficios esperados (49).

Se les explico a los pacientes participantes que el estudio no tiene riesgos que comprometan su bienestar físico y mental. Solo brindaran datos que se les será solicitado a través del instrumento.

Principio de justicia

Exige la distribución justa y equitativa de los beneficios que puedan obtenerse producto del estudio (50).

A todos los pacientes participantes con DM2 se les dio un trato cordial y equitativo, las actitudes de discriminación o marginación serán rechazadas.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	80	100
Edad	Min: 37/Max: 81 Media: 59,76	
Sexo		
Femenino	34	42,5
Masculino	46	57,5
Estado civil		
Soltero(a)	11	13,8
Conviviente	24	30,0
Casado(a)	32	40,0
Separado(a)	6	7,5
Divorciado(a)	7	8,8
Grado de instrucción		
Analfabeto	4	5,0
Primaria	22	27,5
Secundaria	29	36,3
Técnico	22	27,5
Superior	3	3,8

Elaboración propia

En la tabla 1, se observa que, en cuanto a la edad, el mínimo es 37 años, la máxima 81 y la media obtenida fue 59,76. En cuanto al sexo 46 participantes que representan el 57,5% son masculino y 34 participantes que representan el 42,5% es de sexo femenino. En cuanto al estado civil, 32 participantes que representan el 40,0% es casado(a), seguido de 24 participantes que representan el 30,0% es conviviente, 11 participantes que representan el 13,8% es soltero(a), 7 participantes que representan el 8,8% es divorciado(a) y finalmente, 6 participantes que representan el 7,5% es separado(a). En cuanto

al grado de instrucción 29 participantes que representan el 36,3% tiene secundaria, seguido de 22 participantes que representan el 27,55 tienen primaria y estudios técnicos, 4 participantes que representan el 5,0% es analfabeto y finalmente, 3 participantes que representan el 3,8% tienen nivel superior.

Tabla 2. Calidad de vida en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	4	5,0
Baja	10	12,5
Promedio	22	27,5
Alta	39	48,8
Muy alta	5	6,3
Total	80	100,0

En la tabla 2, se observa que, en cuanto a la calidad de vida, 39 personas que representan el 48,8% tienen un nivel alto, seguido de 22 personas que representan el 27,5% tienen un nivel promedio, 10 personas que representan el 12,5% tienen un nivel bajo, 5 personas que representan el 6,3% tienen un nivel muy alto y 4 personas que representan el 5,0% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión función física en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	8	10.0
Baja	8	10.0
Promedio	14	17.5
Alta	22	27.5
Muy alta	28	35.0
Total	80	100,0

En la tabla 3, se observa que, en cuanto a la función física, 28 personas que representan el 35% tienen un nivel muy alto, seguido de 22 personas que representan el 27.5% tienen un nivel alto, 8 personas que representan el 10% tienen un nivel bajo y 8 personas que representan el 10% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión rol físico en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	16	20,0
Baja	0	0,0
Promedio	0	0,0
Alta	10	12,5
Muy alta	54	67,5
Total	80	100,0

En la tabla 4, se observa que, en cuanto al rol físico, 54 personas que representan el 67,5% tienen un nivel muy alto, seguido de 16 personas que representan el 20% tienen un nivel muy bajo y 10 personas que representan el 12,5% tienen un nivel alto.

Tabla 5. Calidad de vida según su dimensión dolor en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	10	12
Baja	0	0
Promedio	22	28
Alta	9	11
Muy alta	39	49
Total	80	100,0

En la tabla 5, se observa que, en cuanto al dolor, 39 personas que representan el 49% tienen un nivel muy alto, seguido de 22 personas que representan el 28% tienen un nivel promedio, 10 personas que representan el 12% tienen un nivel muy bajo y 9 personas que representan el 11% tienen un nivel alto.

Tabla 6. Calidad de vida según su dimensión salud general en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	8	10,0
Baja	32	40,0
Promedio	38	47,5
Alta	2	2,5
Muy alta	0	0,0
Total	80	100,0

En la tabla 6, se observa que, en cuanto a la salud general, 38 personas que representan el 47,5% tienen un nivel promedio, seguido de 32 personas que representan el 40% tienen un nivel bajo, 8 personas que representan el 10% tienen un nivel muy bajo y 2 personas que representan el 2,5% tienen un nivel alto.

Tabla 7. Calidad de vida según su dimensión energía /vitalidad en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	1	1,3
Baja	28	35,0
Promedio	33	41,3
Alta	11	13,8
Muy alta	7	8,6
Total	80	100,0

En la tabla 7, se observa que, en cuanto a la energía /vitalidad, 33 personas que representan el 41,3% tienen un nivel promedio, seguido de 28 personas que representan el 35% tienen un nivel bajo, 11 personas que representan el 13,8% tienen un nivel alto, 7 personas que representan el 8,6% tienen un nivel muy alto y 1 persona que representa el 1,3% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 8. Calidad de vida según su dimensión función social en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	5	6,3
Baja	23	28,8
Promedio	12	15,0
Alta	31	38,8
Muy alta	9	11,1
Total	80	100,0

En la tabla 8, se observa que, en cuanto a la función social, 31 personas que representan el 38,8% tienen un nivel alto, seguido 23 personas que representan el 28,8% tienen un nivel bajo, 12 personas que representan el 15% tienen un nivel promedio, 9 personas que representan el 11,1% tienen un nivel muy alto y 5 personas que representan el 6,3% tienen un nivel muy bajo.

Tabla 9. Calidad de vida según su dimensión función emocional en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	18	22,5
Baja	9	11,3
Promedio	0	0,0
Alta	7	8,8
Muy alta	46	57,4
Total	80	100,0

En la tabla 9, se observa que, en cuanto a la función emocional, 46 personas que representan el 57,4% tienen un nivel muy alto, seguido de 18 personas que representan el 22,5% tienen un nivel muy bajo, 9 personas que representan el 11,3% tienen un nivel bajo y 7 personas que representan el 8,8% tienen un nivel alto.

Tabla 10. Calidad de vida según su dimensión bienestar emocional en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	0	0,0
Baja	15	18,8
Promedio	36	45,0
Alta	28	35,0
Muy alta	1	1,2
Total	80	100,0

En la tabla 10, se observa que, en cuanto al bienestar emocional, 36 personas que representan el 45% tienen un nivel promedio, seguido de 28 personas que representan el 35% tienen un nivel alto, 15 personas que representan el 18,8% tienen un nivel bajo y 1 personas que representan el 1,2% muy alto.

Tabla 11. Calidad de vida según su dimensión cambio de salud en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022 (N=80)

Nivel	n	%
Muy baja	15	18,8
Baja	0	0,0
Promedio	24	30,0
Alta	40	50,0
Muy alta	1	1,2
Total	80	100,0

En la tabla 11, se observa que, en cuanto al cambio de salud, 40 personas que representan el 50% tienen un nivel alto, seguido de 24 personas que representan el 30% tienen un nivel promedio, 15 personas que representan el 18.8% tienen un nivel muy bajo y 1 personas que representan el 1,2% tienen un nivel muy alto.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

Las enfermedades no transmisibles en los últimos 5 años se han incrementado considerablemente y son una verdadera preocupación y desafío para los sistemas de salud, y ello se ve reflejando en las altas tasas de mortalidad/morbimortalidad. La DM es una de las enfermedades más común y con mayor carga mortal en nuestro país, debido a las complicaciones propias de este mal crónico; siendo el más frecuente el pie diabético en la población. Ante ello, en el presente estudio procederá a estudiar la CV de pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022”, cuyo propósito fue dar a conocer los dominios más afectados en este grupo población producto a los factores de riesgo ambientales, fisiológicos y sociales del medio donde se desenvuelven, el cual fue medido a través del instrumento SF-36.

En cuanto a la CV, 39 personas (48,8%) tienen un nivel alto, seguido de 22 personas (27,5%) tienen un nivel promedio, 10 personas (12,5%) que tienen un nivel bajo, 5 personas (6,3%) que tienen un nivel muy alto y 4 personas (5%) que tienen un nivel muy bajo. La CV, es un indicador que evalúa el nivel de bienestar de una persona, sobre los aspectos positivos o negativos de su realidad o condición actual, el cual implica la calificación de factores sociodemográficos, económicos, educativos y estado de salud global de la persona (51). Este resultado señalado puede obedecer a que los pacientes en su totalidad son responsables de sus controles, además de tener un soporte familiar sólido en la mayoría de casos, lo señalado se comporta como factor protector en estas personas y ello se va expresar en la CV y en el bienestar de estos. Un 17,5% de los participantes descuidaron su salud y su CV esta entre bajo y muy bajo, al parecer no tuvieron los cuidados adecuados y necesarios. Según el estudio de Polikandrioti y colaboradores (37), se observa que en sus hallazgos, son diferentes a nuestra investigación, ya que en ellos predominaron los participantes con niveles moderados de CV y bajos. Donde indican que el nivel bajo, podría deberse, a que los participantes que residen en lugares alejados de la ciudad o de la capital presentan mayores dificultades para

atenderse en los centros sanitarios y llevar un control adecuado y oportuno de su enfermedad, ello dificulta su evolución y CV. Zhao y colaboradores (39), indican que en sus resultados predominó una CV baja y podría deberse al deterioro de la salud general y las limitaciones físicas que le produce el pie diabético, así como también un impacto negativo en su salud mental porque definitivamente su situación actual de salud desata sentimientos de tristeza, angustia, ansiedad y depresión debido a su discapacidad física para el desempeño de sus actividades habituales. La limitada cobertura de los centros de salud, son un problema grave que afecta la salud de la población, con ello se ve obstaculizada el seguimiento a su enfermedad (52).

En cuanto a la función física, 28 personas (35%) tienen un nivel muy alto, seguido de 22 personas (27,5%) que tienen un nivel alto, 8 personas (10%) que tienen un nivel bajo y 8 personas (10%) que tienen un nivel muy bajo. La función física, es un dominio que se refiere a la presencia de dificultades y limitaciones físicas del paciente producto a su enfermedad, el cual afecta directamente el desempeño de sus actividades y las diferentes facetas de la vida (53). Esto puede deberse, a la presencia de úlceras en el pie del paciente y ello definitivamente va generar dolor y va dificultar sus actividades físicas y así como también los dominios de la vida. De acuerdo al estudio de Carranza y colaboradores (40), sus hallazgos señalan que en función física predominó un 59,38% y se puede observar que sus resultados son diferentes a nuestro trabajo. A partir de ello, indican que este resultado puede deberse a la aparición de heridas en el pie del usuario, lo cual genera dolor y molestias que limita moverse y desempeñar con normalidad sus actividades habituales al paciente. La función física es un factor clave de la CV y en las personas con pie diabético este indicador se ve deteriorado o afectado, ya que estos pacientes, por lo general presentan úlceras o heridas en el pie y dolor y consecuente a ello les impide moverse, caminar y realizar sus actividades diarias (54).

En cuanto al rol físico, 54 personas (67,5%) tienen un nivel muy alto, seguido de 16 personas (20%) que tienen un nivel muy bajo y 10 personas (12,5%) que tienen un nivel alto. El rol físico es un elemento que se refiere a la presencia de discapacidades físicas de la persona, las cuales perjudican y obstaculizan la ejecución de las actividades cotidianas y afecta el ámbito laboral (55). Estos tipos

de resultados puede deberse al deficiente conocimiento del paciente sobre su enfermedad y ello hace que no realice cuidados adecuados para su salud y a raíz de ello presentan heridas en el pie, además por lo general las personas con pie diabético presentan comorbilidades asociadas a su enfermedad que definitivamente van a vulnerar y complicar más su estado y sumado a ello un factor determinante es la edad, ya que la ser más avanzada, más comprometida esta su salud. Según Polikandrioti y colaboradores (37), refiere que en sus hallazgos, en cuanto al rol físico predominó una mediana de 75. Este resultado podría deberse al nivel bajo de educación del paciente, a la falta de control de glucosa, al tipo de herida o ulcera y la presencia de comorbilidades que presenta el paciente, los cuales son factores que influyen negativamente en su recuperación y afectan su CV.

En cuanto al dolor, 39 personas (49%) tienen un nivel muy alto, seguido de 22 personas (28%) que tienen un nivel promedio, 10 personas (12%) que tienen un nivel muy bajo y 9 personas (11%) que tienen un nivel alto. El dolor es considerado un indicador de alerta de la patología que presenta el paciente, por lo tanto, este factor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial (56). Este resultado señalado puede obedecer a aquellos pacientes que tienen úlceras con una duración de mayor a tres meses y por ende el dolor es mayor y ello afecta significativamente su CV. De acuerdo a la investigación de Kuang y colaboradores (3), obtuvieron como resultado en dolor un nivel leve con 38% y grave con 62%, se observa que sus hallazgos son diferentes a nuestro estudio. El dolor va de la mano con un mal cuidado y descuido en el tratamiento. Referente a dichos resultados, indica que el nivel grave, puede deberse a la presencia de heridas como úlceras, las cuales desencadenan molestias y dolor en los pacientes con pie diabético a intensidades severas. Otro factor que influye en el dolor es el tiempo o duración de las úlceras, las cuales causan un impacto negativo en la CV del usuario causando un deterioro en los diferentes dominios de su vida. De igual forma Kudlová y colaborador (8), indica que en sus resultados prevaleció un dolor severo con 62% y leve con 38%. Esto podría deberse a la ausencia de adherencia al tratamiento y a la práctica de inadecuados cuidados de su enfermedad, así mismo la intensidad del dolor, duración y tamaño de la ulcera son

aspectos que afectan este problema característico de los pacientes con diabetes. El dolor es un factor que deteriora los dominios de la CV y especialmente en los pacientes con pie diabético, porque a mayor intensidad del dolor se asoció significativamente con una peor CV global percibida y una menor aceptación de la enfermedad. Por otro lado, el dolor es un aspecto que afecta la función física y el libre desempeño de sus actividades cotidianas (57).

En cuanto a la salud general, 38 personas (47,5%) tienen un nivel promedio, seguido de 32 personas (40%) que tienen un nivel bajo, 8 personas (10%) que tienen un nivel muy bajo y 2 personas (2,5%) que tienen un nivel alto. Estar enfermo ya se asocia a una impresión de mala salud general. La salud general se comprende como el completo bienestar físico, emocional, psicológico y social de la persona, el cual evalúa el grado de bienestar y armonía del individuo con su estado holístico (58). La duración o tiempo de la úlcera o herida en el pie, la falta de adherencia al tratamiento, la presencia de comorbilidades y un deficiente apoyo familiar, son factores que afectan la salud general del usuario. De acuerdo al estudio de Sadrah (38), se observa que en sus hallazgos predominó en salud general una media de 54 y por lo tanto, sus resultados son diferentes al de nuestra presente investigación. Tener el pie diabético lo hace tener una percepción negativa de su salud. Así mismo, una educación básica baja es un aspecto que dificulta la práctica de cuidados adecuados y una correcta adherencia al tratamiento por lo tanto su salud general se verá comprometida, por otro lado, la ausencia de soporte u apoyo familiar y social obstaculizan la recuperación, tratamiento y seguimiento del paciente.

En cuanto a la energía/vitalidad, 33 personas (41,3%) tienen un nivel promedio, seguido de 28 personas (35%) tienen un nivel bajo, 11 personas (13,8%) que tienen un nivel alto, 7 personas (8,6%) que tienen un nivel muy alto y 1 persona (1,3%) que tiene un nivel muy bajo. En energía/vitalidad se refiere al nivel de energía que tiene la persona para desempeñar sus actividades habituales y en caso contrario de estar disminuida su vitalidad se debe principalmente al deterioro por la enfermedad que padece (59). Este resultado puede estar dominado por la edad y el tiempo de la enfermedad, los cuales son factores que afectan la vitalidad del paciente, así mismo a aparición de heridas y la presencia de comorbilidades, vulneran las energías de

los usuarios con pie diabético. Según el estudio de Polikandrioti y colaboradores (37), señalaron que en sus hallazgos predominó una media de 60, cuyos resultados son diferentes al de nuestro trabajo y partir de ello, mencionaron que dicho resultado podría deberse al deterioro propio de la enfermedad y la presencia de heridas que dificultan la función física y tienden a disminuir la energía del paciente, otro aspecto que vulnera este factor es el incumplimiento del tratamiento producto al desconocimiento y falta de conciencia sobre su enfermedad.

En cuanto a la función social, 31 personas (38,8%) que tienen un nivel alto, seguido de 23 personas (28,8%) que tienen un nivel bajo, 12 personas (15%) que tienen un nivel promedio, 9 personas (11,1%) que tienen un nivel muy alto y 5 personas (6,3%) que tienen un nivel muy bajo. La función social es un indicador muy importante en la salud y este se puede ver deteriorada o vulnerada producto a la presencia de una enfermedad o limitación física que le obstaculiza la participación con normalidad en su medio social y entorno (60). Durante la pandemia este dominio fue afectado significativamente. Sadrah (38), en sus resultados tuvo predominio de una media de 39, el autor indica que podría deberse al impacto negativo de la enfermedad en el paciente, producto a las heridas, el dolor y las comorbilidades, los cuales afectan la función física y el desarrollo de las actividades habituales de la persona, consecuente a ello la participación en el entorno social se ve vulnerada.

En cuanto a la función emocional, 46 personas (57,4%) tienen un nivel muy alto, seguido de 18 personas (22,5%) que tienen un nivel muy bajo, 9 personas (11,3%) que tienen un nivel bajo y 7 personas (8,8%) que tienen un nivel alto. La función emocional es un ámbito fundamental de la persona, porque ante la presencia de una patología este tiende a verse afectada por múltiples factores, tales como el agravamiento de la sintomatología que conduce a sentimientos negativos hasta incluso orillarlos a cuadros depresivos (61). Sadrah (38), en sus resultados predominó una media de 47,1, donde indica que esto puede deberse al impacto deplorable de la enfermedad, el cual desencadena sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, angustia, irritabilidad, impotencia y aislamiento, así como también un estado de ánimo desmotivador hasta incluso desatar trastornos psicológicos como ansiedad y depresión.

En cuanto al bienestar emocional, 36 personas (45%) tienen un nivel promedio, seguido de 28 personas (35%) que tienen un nivel alto, 15 personas (18,8%) que tienen un nivel bajo y 1 persona (1,2%) con nivel muy alto. El bienestar emocional es un conjunto de emociones positivas que buscan contribuir con la evolución de la enfermedad y el cumplimiento del tratamiento en beneficio de la salud del paciente (62). De acuerdo al estudio de Sadrah (38), en sus resultados prevaleció una media de 32,3, referente a dicho resultado el autor indica que esto podría deberse que los pacientes con pie diabético no llevan un adecuado cuidado con su salud y su tratamiento, producto a ello tienden a aparecer úlceras o heridas en los pies de los usuarios y ello definitivamente trae como respuesta sentimientos negativos sobre su estado de salud, por otro lado la educación baja también influye considerablemente y dificulta en el correcto manejo de la enfermedad, porque limita la comprensión de las indicaciones del personal de salud y disminuye la conciencia y autonomía en los pacientes.

En cuanto al cambio de salud, 40 personas (50%) tienen un nivel alto, seguido de 24 personas (30%) que tienen un nivel promedio, 15 personas (18.8%) que tienen un nivel muy bajo y 1 persona (1,2%) que tiene un nivel muy alto. Cambio de salud es un indicador que se refiere a la percepción del paciente sobre su salud general después de un lapso de un año (34). Sadrah (38), indica que los usuarios que no tuvieron un cumplimiento adecuado de su tratamiento presentaron mayores complicaciones como la presencia de heridas y sumado a ello el desconocimiento que tenían sobre su enfermedad los condujo al deterioro de su salud general, por lo tanto en estos participantes su percepción no ha sido del todo buena. Analizando su cambio de salud la ven como igual o peor.

Es importante mencionar que las ENT, como la DM2 y el pie diabético que la puede acompañar, tienen un componente físico y emocional; el personal de enfermería debe estar atento a estas dos dimensiones en su abordaje integral. El personal sanitario debe de saber identificar los factores de riesgo a los que están expuestos estos pacientes, solo así se podrá diseñar programas y acciones de salud más eficientes que enfatizan en mitigar principalmente las complicaciones en la salud de estas personas diabéticas.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto a la CV, predominó el nivel alto, seguido del promedio, nivel bajo, muy alto y muy bajo.
- En cuanto a la función física, predominó el nivel muy alto, seguido del alto, bajo y muy bajo.
- En cuanto al rol físico, predominó el nivel muy alto, seguido del muy bajo y alto.
- En cuanto al dolor, predominó el nivel muy alto, seguido del promedio, muy bajo y alto.
- En cuanto a la salud general, predominó el nivel promedio, seguido del bajo, muy bajo y alto.
- En cuanto a la energía /vitalidad, predominó el nivel promedio, seguido del bajo, alto, muy alto y muy bajo.
- En cuanto a la función social, predominó el nivel alto, seguido bajo, promedio, muy alto y muy bajo.
- En cuanto a la función emocional, predominó el nivel muy alto, seguido del muy bajo, bajo y alto.
- En cuanto al bienestar emocional, predominó el nivel promedio, seguido de alto, bajo y muy alto.
- En cuanto al cambio de salud, predominó el nivel alto, seguido del promedio, muy bajo y muy alto.

4.3 RECOMENDACIONES

- Se recomienda al equipo de gestión de salud de la Clínica donde se realizó el estudio, mejorar las condiciones para poder brindar un cuidado integral y de calidad a los pacientes con pie diabético. En primer lugar, aumentar más consultorios para la atención de dicha área. y más personal de salud idóneo para la atención, debe estar capacitado y saber el manejo de los pacientes. Por otro lado, deben contar con los recursos logísticos suficientes que les

permitan dar una atención adecuada. Se debe involucrar a la familia en el proceso de atención y cuidados del paciente.

- La organización y ejecución de intervenciones desde el enfoque de promoción de la salud, deben buscar inducir el cambio de conductas de estos pacientes para así reducir y evitar complicaciones y riesgos en su salud.
- Se recomienda que en estudios futuros se desarrollen investigaciones desde otros enfoques como el cualitativo o mixto, ello amplia la comprensión del problema y así se podrán dar más elementos para poder contribuir a plantear mejoras.

4.4 LIMITACIONES.

El tiempo de atención en los pacientes fueron con citas programadas por la emergencia sanitaria por el coronavirus, por ello dificultó el acceso pleno a los participantes del estudio, pero gracias a las coordinaciones y apoyo del personal de la clínica, se cumplió con la meta.

-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen L, Wigley S, Holmer H. Articles Implementation of non-communicable disease policies from 2015 to 2020 : a geopolitical analysis of 194 countries. The Lancet Global Health [revista en Internet] 2020 [acceso 16 de abril de 2022]; 9(11): 1-11. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00359-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00359-4/fulltext)
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th edition [Internet].

Bruselas-Belgica; 2021. Disponible en:
https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf

3. Kuang D, Gu D, Cao H, Yuan Q, Dong Z, Yu D. Impacts of psychological resilience on self-efficacy and quality of life in patients with diabetic foot ulcers: A prospective crosssectional study. *Annals of Palliative Medicine* [revista en Internet] 2021 [acceso 16 de abril de 2022]; 10(5): 1-9. Disponible en: <https://apm.amegroups.com/article/view/69888/pdf>
4. Ozkan S, Yilmaz E, Baydur H, Ertugrul MB. Factors Affecting the Quality of Life of Hospitalized Persons with Chronic Foot and Lower Leg Wounds. *Adv Skin Wound Care*. [revista en Internet] 2021 [acceso 16 de abril de 2022]; 34(12): 1-2. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. 2021;34(12):645-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34807896/>
5. Bandyk D. The Diabetic Foot. *Seminars in Vascular Surgery* [revista en Internet] 2019 [acceso 16 de abril de 2022]; 31(2-4): 1-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0895796719300110?via%3Dihub>
6. Brocco E, Ninkovic S, Marin M, Whisstock C, Bruseghin M, Boschetti G. Diabetic Foot management : multidisciplinary approach for advanced lesion's rescue. *The Journal of Cardiovascular Surgery* [revista en Internet] 2018 [acceso 16 de abril de 2022]; 59(5): 1-44. Disponible en: <https://www.minervamedica.it/en/journals/cardiovascular-surgery/article.php?cod=R37Y2018N05A0670>
7. Moya S, Morales Y, Serrano J. Incidencia de amputaciones mayores secundarias a pie diabético antes y después revascularización endovascular. *Nombre de la revista* [revista en Internet] 2020 [acceso 16 de abril de 2022]; 48(1): 1-6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2696-130X2020000100011&script=sci_arttext
8. Kudlová P, Kočvarová I. Quality of life in patients with diabetic foot ulcers.

- Central European Journal of Nursing and Midwifery [revista en Internet] 2020 [acceso 16 de abril de 2022]; 11(1): 34-42. Disponible en: https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-202001-0006_quality-of-life-in-patients-with-diabetic-foot-ulcers.php
9. Everett E, Mathioudakis N, Hopkins J. Update on management of diabetic foot ulcers Estelle. Ann NY Acad Sci [revista en Internet] 2019 [acceso 16 de abril de 2022]; 1411(1): 1-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5793889/>
 10. Alrub A, Hyassat D, Khader Y, Bani-mustafa R, Younes N, Ajlouni K. Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Jordanian Patients with Diabetic Foot Ulcer. Journal of Diabetes Research [revista en Internet] 2019 [acceso 16 de abril de 2022]; 2019: 1-8. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2019/4706720/>
 11. Yusof N, Ahmad A, Sulong A, Adnan M, Rahman J, Musa R. Quality of life of diabetes amputees following major and minor lower limb amputations. Medical Journal of Malaysia [revista en Internet] 2019 [acceso 16 de abril de 2022]; 74(1): 1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30846658/>
 12. Feyisa B, Yilma M, Tolessa B. Predictors of health-related quality of life among patients with diabetes on follow-up at Nekemte specialised Hospital, Western Ethiopia. BMJ Open [revista en Internet] 2020 [acceso 16 de abril de 2022]; 10(7): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7389510/pdf/bmjopen-2019-036106.pdf>
 13. Sari Y, Purnawan I, Sumeru A, Taufik A. Quality of Life and Associated Factors in Indonesian Diabetic Patients with Foot Ulcers. Nurse Media Journal of Nursing [revista en Internet] 2018 [acceso 16 de abril de 2022]; 8(1): 13-24. Disponible en: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/16815>
 14. Costa V, Teixeira F, Lopes T. Phantom sensation and quality of life among

patients with lower-limb amputations in the region of Juiz de Fora, Minas Gerais. *Dement Neuropsychol* [revista en Internet] 2021 [acceso 16 de abril de 2022]; 15(2): 1-5. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/dn/a/zrGqbmKf7YZJg9vL4qWgq9N/#>

15. Sekhar M, Unnikrishnan M, Vijayanarayana K, Rodrigues G. Impact of patient-education on health related quality of life of diabetic foot ulcer patients: A randomized study. *Clinical Epidemiology and Global Health* [revista en Internet] 2019 [acceso 16 de abril de 2022]; 7(3): 1-7. Disponible en: [https://cegh.net/article/S2213-3984\(18\)30158-1/fulltext#:~:text=Foot education improves knowledge and,risk for diabetic foot ulcer.&text=There is a lack of,incidence of DFU and amputation.](https://cegh.net/article/S2213-3984(18)30158-1/fulltext#:~:text=Foot education improves knowledge and,risk for diabetic foot ulcer.&text=There is a lack of,incidence of DFU and amputation.)
16. Khunkaew S, Fernandez R. Health-Related Quality of Life and Self-Care Management Among People With Diabetic Foot Ulcers in Northern Thailand. *SAGE Open Nursing* [revista en Internet] 2019 [acceso 16 de abril de 2022]; 5: 1-10. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2377960819825751>
17. Yovera-Aldana M, Sáenz-Bustamante S, Quispe-Landeo Y, Brice M, Antezana-Román A, Manrique H. Primary Care Diabetes Nationwide prevalence and clinical characteristics of inpatient diabetic foot complications: A Peruvian multicenter study. *Primary Care Diabetes* [revista en Internet] 2021 [acceso 16 de abril de 2022]; 15: 1-8. Disponible en: [https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918\(21\)00034-6/fulltext](https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918(21)00034-6/fulltext)
18. León-Jiménez F, Torres-Samamé L, Altamirano-Cardozo L, Navarro-Ríos A, Meléndez-Ramírez G. Seguimiento de pacientes con pie diabético en un hospital de alta complejidad del norte del Perú. *An Fac med* [revista en Internet] 2021 [acceso 16 de abril de 2022]; 82(2): 1-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832021000200124#B8
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,9% de peruanos de 15 y

más años de edad tiene al menos una comorbilidad [sede Web]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en abril de 2021; acceso 16 de abril de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>

20. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023; acceso 16 de abril de 2022]. [Internet]. Lima-Perú: MINSA-INS; 2019. p. 7. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resolución_Ministeria_I_N__658-2019-MINS.A.PDF
21. Post M. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation [revista en Internet] 2014 [acceso 26 de abril de 2022]; 20(3): 1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257148/>
22. Singh k, Kondal D, Shivashankar R, Ali M, Pradeepa R, Ajay V. Health-related quality of life variations by sociodemographic factors and chronic conditions in three metropolitan cities of South Asia: The CARRS study. BMJ Open [revista en Internet] 2017 [acceso 26 de abril de 2022]; 7(10): 1-13. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e018424>
23. Faselis C, Katsimardou A, Imprialos K, Deligkaris P, Kallistratos M, Dimitriadis K. Microvascular Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. Current Vascular Pharmacology [revista en Internet] 2020 [acceso 26 de abril de 2022]; 18(2): 1-8. Disponible en: <http://www.eurekaselect.com/article/98322>
24. de Oliveira U, Alexandre N, Rodrigues R, Cornélio M, de Melo M, São-João T. Measurement properties and factor analysis of the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF). International Wound Journal [revista en Internet] 2020 [acceso 26 de abril de 2022]; 17(3): 1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7949341/>
25. Edmonds M, Manu C, Vas P. The current burden of diabetic foot disease. J

- Clin Orthop Trauma [revista en Internet] 2021 [acceso 26 de abril de 2022]; 17: 1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33680841/>
26. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care [revista en Internet] 1969 [acceso 26 de abril de 2022]; 1(1): 1-4. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3765916>
 27. Ware J. SF-36 Health Survey update. Spine [revista en Internet] 2000 [acceso 26 de abril de 2022]; 25(24): 1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11124729/>
 28. Sunde S, Hesseberg K, Skelton D, Ranhoff A, Pripp A, Aarønæs M, et al. Associations between health-related quality of life and physical function in older adults with or at risk of mobility disability. European Geriatric Medicine [revista en Internet] 2021 [acceso 26 de abril de 2022]; 12(6): 1-6. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-021-00525-0>
 29. Feldman E, Nave K, Jensen T, Bennett D. New Horizons in Diabetic Neuropathy: Mechanisms, Bioenergetics, and Pain. Neuron [revista en Internet] 2017 [acceso 26 de abril de 2022]; 93(6): 1-18. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0896627317300892?token=0387262B25DD0ACFF52D534094CDDC20343E20A548EC3D0D3525874DF22A0E9469BEB4A1466C2ED8B6C6AA8905B53718&originRegion=us-east-1&originCreation=20220224223431>
 30. Valenzuela L. La salud, desde una perspectiva integral. Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte [revista en Internet] 2016 [acceso 26 de abril de 2022]; (9): 1-10. Disponible en: https://www.academia.edu/42683278/La_salud_desde_una_perspectiva_integral
 31. Puetz T. Physical activity and feelings of energy and fatigue: Epidemiological evidence. Sports Medicine [revista en Internet] 2006 [acceso 26 de abril de 2022]; 36(9): 1-14. Disponible en:

<https://link.springer.com/article/10.2165/00007256-200636090-00004>

32. Smith B, Lim M. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract.* [revista en Internet] 2020 [acceso 26 de abril de 2022], 30(2): 1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32601651/>
33. Hossain M, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID- 19: a review. *F1000Res.* [revista en Internet] 2020 [acceso 26 de abril de 2022]; 9: 1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093946/>
34. Huppert F. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being* [revista en Internet] 2009 [acceso 26 de abril de 2022]; 1(2): 1-7. Disponible en: <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>
35. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana J, et al. The Spanish SF-36 Health Questionnaire: a decade of experience and new developments Gemma. *Gac Health* [revista en Internet] 2005 [acceso 26 de abril de 2022]; 19(2): 1-14. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
36. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. The Nola Pender model of health promotion. A reflection on the understanding of it. *University Nurse* [revista en Internet] 2018 [acceso 26 de abril de 2022]; 8(4): 3-6. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248>
37. Polikandrioti M, Vasilopoulos G, Koutelekos I, Panoutsopoulos G, Gerogianni G, Babatsikou F. Quality of Life in Diabetic Foot Ulcer: Associated Factors and the Impact of Anxiety/Depression and Adherence to Self-Care. *International Journal of Lower Extremity Wounds* [revista en Internet] 2020 [acceso 26 de

abril de 2022]; 19(2): 1-15. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534734619900415>

38. AlSadrah S. Impaired quality of life and diabetic foot disease in Saudi patients with type 2 diabetes: A cross-sectional analysis. *SAGE Open Medicine* [revista en Internet] 2019 [acceso 26 de abril de 2022]; 7: 1-11. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2050312119832092>
39. Zhao H, McClure N, Johnson J, Soprovich A, Sayah F, Eurich D. A Longitudinal Study on the Association Between Diabetic Foot Disease and Health-Related Quality of Life in Adults With Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes*. [revista en Internet] 2020 [acceso 26 de abril de 2022]; 44(3): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31669187/>
40. Carranza K, Grosso A, León F, Amaro F. Evaluación del estado de salud en pacientes amputados por pie diabético de dos hospitales del Perú en 2017. *Rehabilitacion* [revista en Internet] 2019 [acceso 26 de abril de 2022]; 53(2): 78-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048712018301397>
41. Polit D, Tatano Ch. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la practica de la enfermería. 9ª ed. Madrid - España: Wolters Kluwer Health; 2021. 512 p.
42. Grove S, Gray J. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 7ª ed. Madrid-España: Elsevier; 2019. 520 p.
43. 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 7 de abril de 2022]; 10(282): 1-10. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/10-282>
44. Story D, Tait R. Survey research. *Anesthesiology* [revista en Internet] 2019 [acceso 5 de marzo de 2022]; 130(2): 1-10. Disponible en:

<https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey-Research>

45. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [sede Web] Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; acceso 6 de marzo de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
46. Brothers K, Rivera S, Cadigan R, Sharp R, Goldenberg A. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. J Law Med Ethics [revista en Internet] 2019 [acceso 5 de marzo de 2022]; 47(1): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
47. Gómez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [revista en Internet] 2009 [acceso 25 de marzo de 2022]; 55(4): 230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
48. Levitt D. Ethical decision-making in a caring environment: The four principles and LEADS. Healthcare Management Forum [revista en Internet] 2014 [acceso 25 de marzo de 2022]; 27(2): 105-107. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.hcmf.2014.03.013?journalCode=hmfa>
49. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. Int J Prev Med [revista en Internet] 2014 [acceso 25 de marzo de 2022]; 5 (9): 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>
50. Cantu P. Bioetica e investigacion en salud. 4ª ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
51. Cella D. Quality of life: Concepts and definition. Journal of Pain and Symptom Management [revista en Internet] 1994 [acceso 15 de abril de 2022]; 9(3): 1-

8. Disponible en: [https://www.jpsmjournal.com/article/0885-3924\(94\)90129-5/fulltext#relatedArticles](https://www.jpsmjournal.com/article/0885-3924(94)90129-5/fulltext#relatedArticles)
52. Knowlton A, Weir B, Hughes B, Southerland H, Schultz C, Sarpatwari R, et al. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. *Acad Emerg Med* [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de febrero de 2018]; 20(11): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24238312/>
53. Fusco O, Ferrini A, Santoro M, Monaco M, Gambassi G, Cesari M. Physical function and perceived quality of life in older persons. *Aging Clin Exp Res* [revista en Internet] 2012 [acceso 15 de abril de 2022]; 24(1): 1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22643307/>
54. Molsted S, Jensen T, Larsen J, Olesen L, Milling 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 25 de abril de 2022]; 2022(1): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35083337/>
55. Hall S, Chiu G, Williams R, Clark R, Araujo A. Physical function and health-related quality-of-life in a population-based sample. *Aging Male*. [revista en Internet] 2011 [acceso 15 de abril de 2022]; 14(2): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20670102/>
56. Raja S, Carr D, Cohen M, Finnerup N, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* [revista en Internet] 2020 [acceso 15 de abril de 2022]; 161(9):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>
57. Krzemińska S, Kostka A. Influence of pain on the quality of life and disease acceptance in patients with complicated diabetic foot syndrome. *Diabetes Metab Syndr Obes*. [revista en Internet] 2021 [acceso 22 de abril de 2022]; 30(3): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33776465/>

58. Campbell R, Pleic M, Connolly H. The importance of a common global health definition: How Canada's definition influences its strategic direction in global health. *J Glob Health* [revista en Internet] 2012 [acceso 15 de abril de 2022]; 2(1): 1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3484757/>
59. Areta J, Taylor H, Koehler K. Low energy availability: history, definition and evidence of its endocrine, metabolic and physiological effects in prospective studies in females and males. *Eur J Appl Physiol*. [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de febrero de 2018]; 30(3): 201-205. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33095376/>
60. Trompenaars E, Masthoff E, Heck V, Vries J, Hodiament P. Relationships between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Int J Soc Psychiatry*. [revista en Internet] 2007 [acceso 25 de abril de 2022]; 53(1): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17333950/>
61. Zboralski K, Florkowski A, Bogusz M, Macander M, Gafekci P. Quality of life and emotional functioning in selected cardiovascular diseases. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. [revista en Internet] 2008 [acceso 25 de abril de 2022]; 62: 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18268471/>
62. Polonsky W. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. *Curr Diab Rep*. [revista en Internet] 2002 [acceso 25 de abril de 2022]; 2(2): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12643134/>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Número de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Calidad de vida	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de los diversos dominios de su vida, considerando el impacto que tiene ello en su estado de salud/bienestar (43).	Es el nivel de bienestar derivado de la evaluación que los pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, realizan de los diversos dominios de su vida, considerando el impacto que tiene ello en su estado de salud/bienestar, expresándose ello en dominios como función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y cambio de salud, el cual será evaluado con el instrumento de medición SF-36.	Funcionamiento físico	Actividad física vigorosa	10 (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)	-Calidad de vida Muy Baja -Calidad de vida Baja -Calidad de vida Promedio -Calidad de vida Alta -Calidad de vida Muy Alta	0-20 puntosE 21- 40 puntosE 41- 60 puntosE 61 -80 puntosE 81-100 puntosE
				Rol en funcionamiento / físico	Buena salud física para trabajar	4 (13, 14, 15, 16)		
				Dolor	Presencia de dolor	2 (21, 22)		
				Salud general	Valoración de la salud.	5 (1, 33, 34, 35, 36)		
				Energía / fatigaE	Entusiasmo para hacer actividades	4 (23, 27, 29, 31)		
				Función social	Interacciones con los demás	2 (20, 32)		
				Función emocionalE	Equilibrio emocional	3 (17, 18, 19)		
				El bienestar emocionalE	Tranquilidad-seguridad	5 (24, 25, 26, 28, 30)		
				Cambio de salud	Percepción de su salud (desde hace un año)	1 (2)		

Anexo B. Instrumentos de recopilación de información

CUESTIONARIO “SF-36”

I. PRESENTACIÓN

Buenos días soy bachiller de la carrera profesional de enfermería, en esta oportunidad estoy realizando un estudio cuyo objetivo es determinar la calidad de vida que poseen los pacientes con pie diabético que asisten a la Clínica Divino Niño Jesús, en San Juan de Miraflores. Agradecemos su apoyo y también recordarles que toda información brindada en el estudio será tratada con total discreción.

II. DATOS GENERALES

Edad:

Sexo:

(F) (M)

Estado civil del participante:

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

Nivel de instrucción del participante: () Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior técnico () Superior universitario

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

Excelente ()		Muy buena ()		Buena ()		Regular ()		Mala ()	
------------------	--	------------------	--	--------------	--	----------------	--	-------------	--

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

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
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

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

	Sí, me limita mucho	Sí, 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?			
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?			
5.	Su salud actual, ¿le limita coger o llevar la bolsa de la compra?			
6.	Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?			
7.	Su salud actual, ¿le limita o molesta subir un solo piso por la escalera?			
8.	Su salud actual, ¿le limita o no le permite agacharse o arrodillarse?			
9.	Su salud actual, ¿le limita caminar un kilómetro o más?			
10.	Su salud actual, ¿le limita caminar varias cuadras? (más de cinco cuadras)			
11.	Su salud actual, ¿le limita caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12.	Su salud actual, ¿le limita bañarse o vestirse por sí mismo?			

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?		
14.	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer (trabajar, ejercicios, cocinar, estudiar), a causa de su salud física?		
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?		

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?		
----	--	--	--

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)?		
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)?		
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)?		

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	
()		()		()		()		()	

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

No, ninguno		Sí, muy poco		Sí, un poco		Sí, moderado		Sí, mucho		Sí, muchísimo	
()		()		()		()		()		()	

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	
------	--	---------	--	---------	--	----------	--	-------	--

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?						
24.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
25.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29.	Durante las 4 últimas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
30.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
31.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado o sin ánimo?						

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	
()		()		()		()		()	

Por favor, diga si le parece cierto o falso cada una de las siguientes frases.

		Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
33.	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					

34.	Estoy sano como cualquiera					
35.	Creo que mi salud va a empeorar					
36.	Mi salud es excelente					

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

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

Título del proyecto: Calidad de vida en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022.

Nombre y apellidos de los investigadores principales:

García Cuya, Felicita

Lastra Monago, Lindaura

Propósito del estudio: Determinar la calidad de vida en pacientes con pie diabético atendidos en la Clínica Divino Niño Jesús San Juan de Miraflores, 2022.

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 hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione 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 García Cuya, Felicita coordinadora de equipo (teléfono móvil N° 955669863) o al correo electrónico: lastralaura22@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
García Cuya, Felicita	
Nº de DNI	
08934920	
Nº teléfono móvil	
993671088	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Lastra Monago, Lindaura	
Nº de DNI	
44934721	
Nº teléfono	
955669863	
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 documento.**

Firma del participante

Anexo D. Validez de contenido del instrumento de medición

Profesionales	Congruencia de ítems	Amplitud de contenido	Redacción de los ítems	Claridad y precisión	Pertinencia	Resultado
Profesional 1	88%	88%	88%	90%	90%	88,8%
Profesional 2	85%	85%	85%	90%	90%	87%
Profesional 3	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Profesional 4	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Profesional 5	95%	95%	95%	95%	95%	95%
Promedio de la valoración de jueces						90,16%

VALORACIÓN DE LA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:	Deficiente	0% - 69%
	Aceptable	70% - 80%
	Bueno	81% - 90%
	Excelente	91% - 100%

La validez de contenido del instrumento fue de 90,16%, lo cual se interpreta como bueno.

Anexo E. Confiabilidad del instrumento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,911	36