



**INSTITUTO DE ESTUDIOS  
AVANZADOS UNIVERSITARIOS PLANTEL ATLIXCO  
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE DE INCORPORACION 8512-61**



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO II EN LA  
LOCALIDAD DE ATLIXCO, PUEBLA.”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**PRESENTA:  
MIGUEL ALEJANDRO ROCHA ROSETE**

**ASESOR DE TESIS:  
MTRA. LETICIA RAMÍREZ CAMACHO**

Atlixco, Puebla, 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FIRMAS DE SINODALES**

.....

**Mtra. Leticia Ramírez Camacho**  
**Presidente**

.....

**Mtra. Cecilia Soledad Pérez Pacheco**  
**Vocal**

.....

**Mtra. María del Rosario López Huerta**  
**Secretario**

## **Dedicatoria**

A DIOS, por estar siempre conmigo y haberme acompañado en estos tiempos tan difíciles, permitiéndome realizar este logro en mi vida y por haberme dado la fortaleza para seguir adelante cada día.

A mis Padres, por guiarme en el camino de la vida y contar siempre con su apoyo.

A mis hermanos por apoyarme en este logro y sé que siempre están conmigo y que puedo contar con ustedes.

A mis tías y abuelita que siempre me dieron sus apoyos incondicionales y buenos deseos y por esas palabras que me incitaban a seguir adelante, gracias.

A mi esposa por apoyarme, darme el tiempo, espacio y paciencia para que yo pudiera cumplir mi sueño.

A todos aquellos que de alguna manera me apoyaron a la elaboración de este trabajo.

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de pacientes con DM II atendidos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco. **Material y método:** El enfoque del presente estudio es cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y de diseño no experimental, la población estuvo conformado por 100 pacientes, por ser una población pequeña se trabajó como muestra con los 100 pacientes del Centro de Salud Urbano de Atlixco, la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario de Calidad de Vida específico para la Diabetes Mellitus de versión española EsDQOL. **Resultados:** Tenemos como datos generales que en su en su mayoría el 53% es de sexo masculino, el 72% de estos pacientes tienen entre 65 a 70 años, con un 72% con grado de instrucción primaria y secundaria, y en la calidad de vida relacionado con la salud obtuvieron una calidad de vida bastante satisfactoria con el 82%; en lo que respecta a las dimensiones satisfacción con un 54% y preocupación social / vocacional los pacientes obtuvieron 56%, dando un resultado de calidad de vida bastante satisfactoria, en la dimensión impacto los pacientes obtuvieron una calidad de vida alto con un 81%, y finalmente en la dimensión preocupación relativa a la diabetes los pacientes obtuvieron una calidad de vida alto con un 62%. **Conclusiones:** El mayor porcentaje de pacientes con DM II, atendidos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, tienen una calidad de vida (bastante satisfactoria).

**Palabras clave:** Calidad de vida, salud, diabetes mellitus tipo 2.

## Tabla de Contenidos

	Contenido	
Dedicatoria		3
Resumen		4
Tabla de Contenidos		5
Capítulo I		1
Introducción		1
1.1 Planteamiento del Problema		1
1.2 Propósito		7
1.2 Marco Conceptual		8
1.4 Estudios relacionados		22
1.5 Definición Operacional		26
1.6 Objetivo General.		32
1.7 Objetivos Específicos.		32
Capítulo II		34
2.1 Diseño de Estudio		34
2.2 Población, muestreo y muestra		34
2.3 Criterios de inclusión		34
2.3.1 Criterios de exclusión		35
2.3.2 Criterios de eliminación		35
2.4 Instrumentos de medición		35
2.5 Procedimiento para la recolección de datos		35
2.6 Ética del estudio		36
2.7 Estrategias de Análisis		37
Capítulo III		38
3. Resultados		38
3.1 Estadística descriptiva		38
Tabla 1.		39
<i>Características sociodemográficas de los adultos mayores</i>		39
Tabla 2.		40
<i>EsDQOL Dimensión de Satisfacción</i>		40
Tabla 3.		41
<i>EsDQOL Dimensión de Impacto</i>		41

	6
Tabla 4.	41
<i>EsDQOL Dimensión de Preocupación Social/Vocacional</i>	41
Tabla 5.	41
<i>EsDQOL Dimensión de Preocupación Relativa a la Diabetes</i>	41
Tabla 5.	42
<i>EsDQOL Dimensión de Nivel de Calidad de Vida</i>	42
Capitulo IV	43
4. Discusión	43
4.1 Limitaciones	45
4.2 Conclusiones	45
4.3 Recomendaciones	46
Bibliografía	47
4.5 Apéndices	49
Apéndice “A” Cedula de Datos	49
Apéndice “B” Consentimiento Informado	50
Apéndice “C” Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL) modificado	51

## Capítulo I

### Introducción

#### 1.1 Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Señala que la Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no crea suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. De igual manera la Asociación Mexicana de Diabetes (AMD, 2019), indica que es un padecimiento que se caracteriza por la elevación de la glucosa en la sangre, esto debido a que la insulina es poca, nula o de mala calidad. Hay distintos tipos de DM, algunos prevenibles y otros no, sin embargo, es importante saber que cualquiera de ellos puede controlarse para permitir, a quien la padece, llevar una vida normal.

Según las estimaciones, en 2021 más de 500 millones de adultos (en concreto, 537 millones) de entre 20 y 79 años tenía diabetes en todo el mundo. Esto representa el 10,5 % de la población mundial en este grupo de edad. La gran mayoría de estos casos (más del 90 %) son casos de diabetes de tipo 2. Existen pruebas de que la diabetes de tipo 2 se puede prevenir o retrasar lo que significa que algunos de estos casos de diabetes podrían evitarse. Además, se estima que 541 millones de personas tenían intolerancia a la glucosa (ITG) en 2021 y otros 319 millones tenían glucemia en ayunas alterada (GAA). La ITG y la GAA son estados metabólicos en los que los niveles de glucosa en sangre son superiores a lo normal (aunque inferiores al umbral de diagnóstico de la diabetes). El término más utilizado para describir estos estados es «prediabetes». La prediabetes podría incrementar el riesgo de desarrollo de diabetes de tipo 2 y de complicaciones asociadas a la diabetes<sup>1</sup>. La mortalidad derivada de la diabetes también es elevada. Según las estimaciones, más de 6,7 millones de personas de entre 20 y 79 años murieron

en 2021 debido a la diabetes y a las complicaciones asociadas a la diabetes en todo el mundo. La edad, el sexo y el lugar de residencia de una persona pueden influir en sus probabilidades de tener diabetes.

- **Edad:** las estimaciones de diabetes de 2021 demuestran una prevalencia al alza de la diabetes por edad. Las tasas más bajas entre los adultos se encuentran en la franja de 20-24 años. Por otro lado, las personas de entre 55 y 59 años son las que tienen mayores probabilidades de tener diabetes en 2021.

- **Sexo:** por lo general, los hombres son más propensos a desarrollar diabetes que las mujeres. En 2021, había aproximadamente 17,7 millones más hombres que mujeres con diabetes.

- **Ubicación urbana/rural:** En 2021, 360 millones de persona con diabetes vivían en zonas urbanas, en comparación con los 176,6 millones que vivían en zonas rurales.

- **Región:** la diabetes afecta a determinadas regiones del mundo más que a otras. Por ejemplo, la mayor prevalencia comparativa de diabetes en personas de entre 20 y 79 años en 2021 se encontró en Oriente Medio y el Norte de África. Se espera un aumento de estas cifras en el futuro. (Makingdiabeteseasier.com, 2021)

En 2021, 13 % de las defunciones en México fue por diabetes (140 729), de acuerdo con las Estadísticas de Defunciones Registradas. De las personas que fallecieron por diabetes, 74.9 % no era insulino dependiente (105 395) y 2.2 % lo era (3 109). En 2021, del total de defunciones por diabetes, 51 % correspondió a hombres (71 330) y 49 % a mujeres (69 396). A nivel nacional, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus fue de 11.0 por cada 10 mil habitantes. De la población afiliada a servicios de salud que falleció por diabetes mellitus, 67 % tenía derechohabencia al IMSS (45 146) y 14 % al ISSSTE (9 767).

Para conmemorar el Día Mundial de la Diabetes, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) brinda la siguiente información, a partir de las cifras de las Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2021 y de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. De acuerdo con los datos de esta última, en México, 10.3 % de la población de 20 años o más tenía un diagnóstico previo de diabetes.

A partir de las cifras de dicha encuesta, se estimó que, en 2018, los municipios con el mayor porcentaje de población de 20 años o más con diagnóstico previo de diabetes fueron: General Plutarco Elías Calles, Sonora, con 31.7 %; Matías Romero Avendaño, Oaxaca, con 26.7 %; San Nicolás de los Ranchos, Puebla, con 25.7 % y, en Chihuahua, los municipios de Temósachic con 25.3 %, Carichí con 25.2 % y Buenaventura, con 25.1 por ciento.

El análisis de defunciones por diabetes mellitus, según sexo, muestra que, en 2021, 51 % de las muertes ocurrió en hombres (71 330) y 49 %, en mujeres (69 396). De acuerdo con las EDR 2021, 13 % (140 729) de las defunciones en el país fue a causa de la diabetes mellitus. De las personas que fallecieron por este padecimiento, 74.9 % (105 395) no era insulino dependiente y 2.2 % (3 109) lo era. En el grupo de adultos mayores se concentró la mayor cantidad de muertes por diabetes mellitus. En los hombres de 15 a 64 años se registraron más muertes que en las mujeres de las mismas edades. No obstante, esta tendencia se invirtió en los adultos mayores, pues fallecieron más mujeres que hombres (45 592 frente a 40 997, respectivamente).

A nivel nacional, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus aumentó de 8.2 decesos por cada 10 mil habitantes en 2019 a 11.9, en 2020. Para 2021, esta cifra disminuyó a 11.0 fallecimientos por cada 10 mil habitantes. Por entidad federativa, Puebla presentó la tasa de mortalidad más alta (15.7); le siguió Veracruz (15.6) y Tlaxcala (14.5). Según los parámetros

anteriores, los estados con la tasa de mortalidad más baja para esta enfermedad fueron: Baja California Sur (5.1), Sinaloa (5.8) y Quintana Roo (5.9).

En 2021, del total de defunciones por diabetes, 48 % (67 788) era derechohabiente de alguna institución de salud y 38 % (52 846) no estaban afiliadas en alguna institución de salud. De las personas fallecidas por diabetes mellitus que contaban con afiliación en alguna institución de servicios de salud, 67 % (45 146) tenía derechohabiencia al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 14 % (9 767) al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). INEGI. (2022).

Puebla, primer lugar nacional en muertes por diabetes en 2021: INEGI Según registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el marco del 14 de noviembre, Día Mundial contra la Diabetes, la entidad poblana presentó la tasa de mortalidad más alta del país. En el estado de Puebla, 10 mil 428 personas murieron a consecuencia de complicaciones por diabetes mellitus en 2021, de ellos 5 mil 285 eran hombres y 5 mil 143 mujeres. Según registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el marco del 14 de noviembre Día Mundial contra la Diabetes, la entidad poblana presentó la tasa de mortalidad más alta del país. Además, las estadísticas de defunciones registradas y de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018, la diabetes se colocó como la tercera causa de muerte en Puebla, solo detrás de enfermedades del corazón y de Covid. Las estadísticas destacan un aumento del 40 por ciento en el grupo de edad 15 a 29 años en 2022 al subir de 56 muertes a 77 casos en dichas edades. En tanto, la tasa de mortalidad tuvo un porcentaje de 15.7 por cada 10 mil habitantes en los diferentes grupos de edad, el más alto de toda la república mexicana. El grupo de adultos mayores, con el 71% entre 60 a 85 años o más, concentró la mayor cantidad de muertes por la diabetes mellitus. En 2021 el registro de la tasa de mortalidad alcanzó 15.7 por cada 10 mil

habitantes en la entidad poblana, arriba de Veracruz, Tlaxcala, Estado de México y Tabasco. Los estados con las tasas más bajas de mortalidad fueron Sonora, Aguascalientes, Quintana Roo, Sinaloa y Baja California Sur, en donde la tasa fue de 5.1 a 6 defunciones por cada 10 mil habitantes. En todo el país de las 140 mil 729 muertes registradas, 13 por ciento fueron a causa de la diabetes, sólo 2.2% dependían de la insulina, mientras el 74.9 por ciento no eran insulino dependiente. De las personas fallecidas por diabetes que contaban con afiliación en alguna institución de servicios de salud, 67 por ciento eran parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 14 por ciento al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Según lo define la Organización Panamericana de la Salud (OPS o PAHO por su nombre en inglés), La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es la hormona que regula el azúcar, o mejor dicho la glucosa, en la sangre. Con más defunciones por Diabetes

1. Estado de México: 24,137 defunciones; 12,869, hombres; 11 268 mujeres
2. Veracruz: 12,666 defunciones; 6,086 hombres; 6,579 mujeres
3. Ciudad de México: 11,515 fallecimientos; 6,180 hombres; 5,335 mujeres
4. Puebla: 10,428 fallecimientos; 5,285 hombres; 5,143 mujeres.
5. Guanajuato: 7,733 fallecimientos; 3,798 hombres; 3,935 mujeres.
6. Jalisco: 7,028 fallecimientos; 3,697 hombres; 3,331 mujeres.
7. Michoacán 6.281 fallecimientos; 3,131 hombres; 3,150 mujeres.
8. Chiapas: 5,838 fallecimientos; 2,642 hombres; 3,196 mujeres.
9. Oaxaca: 5661 fallecimientos; Oaxaca 2,663 hombres; 2,998 mujeres.

10. Nuevo León: 4,210 fallecimientos; 2,172 hombres; 2,038 mujeres.

(Intoleranciadiario, 2021)

En la localidad de Atlixco, Puebla, en 2020, la población fue de 141,793 habitantes (47.2% hombres y 52.8% mujeres). En comparación a 2010, la población en Atlixco creció un 11.6% en el Centro de Salud Urbano Atlixco cuenta con 500 pacientes crónicos aproximadamente, este aumento se ha reflejado desde el 2018 al 2021 con mujeres desde 34 a 90 años y con hombres desde 36 a 84 años de edad.

Ante el aumento epidémico de la DM el profesional de la salud, así como la propia familia se ha visto en la necesidad de otorgar apoyo económico, social, Psicológico que le permita al Paciente con DM mejorar su calidad de vida entendiendo a esta como “la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.” (OMS, 2021).

Por ello se han realizado instrumentos que nos permitan cuantificar o medir la calidad de vida uno de estos es el Cuestionario de Calidad de Vida (CV) específico para la DM (EsDQOL) modificado en versión española por Montserrat Millan (2002); consta de 43 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: «satisfacción con el tratamiento» (15 preguntas), «impacto del tratamiento» (17 preguntas), «preocupación por los efectos futuros de la diabetes» (4 preguntas), «preocupación por aspectos sociales y vocacionales» (7 preguntas). Se adiciono una pregunta sobre el estado de salud percibido. Las preguntas se contestan en una escala tipo

Likert de cinco puntos. El DQOL se ha aplicado mundialmente en Hospitales, Centros de Salud, estudios e investigaciones, donde la población presenta DM I y DM II.

Algunos artículos tomados de diferentes partes del mundo descubrieron durante sus investigaciones y como lo menciona el autor (Carrillo Pinto, 2020), donde evaluaron la CV de pacientes con DM II, en el centro de salud tipo A, de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Sobre la CV se encontraron mayormente puntuadas las siguientes dimensiones: dimensión física 52%, dimensión psicológica 44% y la dimensión social 62%. En Pachuca Hidalgo, México, los autores (Reyes, Tolentino, Guzmán y col's, 2019) en su investigación CV en pacientes con DM II, Los resultados indican que los niveles más altos de CV se reflejaron en las dimensiones de preocupación por aspectos sociales y vocacionales, satisfacción con el tratamiento e impacto con el tratamiento; mientras que las dimensiones más afectadas fueron el bienestar general y la preocupación acerca de los efectos futuros de la DM. Finalmente en Lima, el autor (Carranza, 2020) con su investigación sobre CV relacionada con la salud en pacientes con DM II en el Hospital San Juan De Lurigancho, en la CV relacionado con la salud obtuvieron una CV regular con el 51%; en lo que respecta a las dimensiones satisfacción y preocupación social y vocacional los pacientes obtuvieron una CV alto, en la dimensión de impacto los pacientes obtuvieron una CV regular con un 58%, y finalmente en la dimensión preocupación relativa a la diabetes los pacientes obtuvieron una CV bajo con un 44%.

## **1.2 Propósito**

Definir el nivel de la calidad de vida como un fenómeno de salud, lo cual permita apoyar a la población con intervenciones específicas, describir el proceso para llegar al bienestar, impacto en la población atreves de la mejora de CV.

## 1.2 Marco Conceptual

Esta definición conceptual diferencia claramente las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas y los auto reportes subjetivos, en términos de satisfacción / insatisfacción, con estas conductas, estado capacidades evaluadas en las seis dimensiones propuestas. Cada una de estas dimensiones, a su vez, se compone d subdominios (The WHOQOL Group, 1995). Este modelo presentado por la OMS no es el único, ni ha logrado el consenso de todos los investigadores. Pese a esto, cabe destacar la importancia que en este concepto se otorga a la influencia que ciertos factores tienen en la percepción individual, tales como las metas, las expectativas, estándares e intereses, los que estarían directamente relacionados con la evaluación que se haga en el área y a los factores que en ella inciden, siendo, por ende, más que los valores, el factor principal modulador de la evaluación de la CV, el proceso cognitivo de la evaluación.

Tal como se puede apreciar, no existen criterios únicos para definir la CV, sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras tales como bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones, pudiéndose llegar a una definición global de CV como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. Al ser una medida de auto reporte se centra preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción. El resultado final de esta evaluación es producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su CV, constituyéndose en un abordaje multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera

percibe bienestar o malestar referente a ellas. Bajo este considerando, proponemos un modelo centrado fundamentalmente en el proceso de evaluar qué realiza cada persona.

### Calidad de vida

Se puede caracterizar cada una de las facetas de la calidad de la vida definidas por la OMS como una descripción de una conducta, un estado, una capacidad o un potencial o una percepción o experiencia subjetivas. Por ejemplo, el dolor es una percepción o experiencia subjetiva; se puede definir la fatiga como un estado; se puede definir la movilidad como una capacidad (para moverse) o como un comportamiento (el de caminar propiamente). Se ha escrito una definición de cada una de las facetas de la calidad de vida abarcadas por su evaluación según la OMS. (OMS, 2019).

### Ámbito I - Ámbito físico

#### 1. Dolor y malestar

Aun cuando una persona no sienta dolor en realidad, ya sea por haber tomado medicamentos o porque el dolor sea por naturaleza esporádico (por ejemplo, la migraña), su calidad de vida puede resultar afectada por el miedo constante al dolor. Se reconoce que las personas reaccionan de diferentes formas ante el dolor y es probable que las diferencias en tolerancia y aceptación del dolor influyan en los efectos de éste en su calidad de vida. Las preguntas en relación con esta faceta se refieren a la capacidad de la persona para controlar el dolor y la facilidad con que se puede lograr el alivio del dolor. Se supone que cuanto más fácil resulte aliviar el dolor, menores serán el temor que inspira y su efecto resultante en la calidad de vida.

## 2. Energía y fatiga

Las consecuencias de la fatiga en las relaciones sociales, la dependencia cada vez mayor de otros a causa de la fatiga crónica y la razón de cualquier fatiga superan el objetivo de esta formulación de preguntas, aunque van implícitas en las preguntas de esta faceta y en las relativas concretamente a las actividades diarias y a las relaciones interpersonales. En esta faceta se explora la energía, el entusiasmo y la resistencia que tiene una persona para realizar las tareas necesarias en la vida cotidiana, además de otras actividades elegidas, como las recreativas.

## 3. Sueño y descanso

Las preguntas de esta faceta no tratan sobre aspectos concretos del sueño, como el de despertarse demasiado temprano por la mañana o el de que una persona tome o no pastillas para dormir. Algunos de los problemas del sueño serían los siguientes: dificultad para conciliar el sueño, despertarse durante la noche, despertarse demasiado temprano por la mañana sin poder volver a conciliar el sueño y sueño no reparador. Esta faceta trata sobre el grado en que el sueño y el descanso y los problemas al respecto afectan a la calidad de vida de una persona.

## Ámbito II - Psicológico

### 4. Sensaciones positivas

En esta faceta se examina hasta qué punto una persona experimenta sensaciones positivas de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida. En el caso de muchos entrevistados se puede considerar esta faceta análoga a la calidad de vida.

### 5. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

En las preguntas se pasa por alto la cuestión de si una persona está alerta, consciente o despierta, pese a que se trata de estados subyacentes al pensamiento, la memoria y la

concentración. Se reconoce que algunas personas con dificultades cognoscitivas pueden no comprender sus dificultades y en esos casos puede ser necesario sumar a la evaluación subjetiva de la persona otras ajenas. En esta faceta se explora la opinión de una persona sobre su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para adoptar decisiones.

#### 6. Autoestima

Es probable que las preguntas traten sobre los sentimientos de la persona hacia sí misma en una diversidad de ámbitos: cómo se llevan con otras personas, su grado de instrucción, su evaluación de su capacidad para cambiar o para realizar determinadas tareas o adoptar determinadas conductas, sus relaciones familiares y su sensación de dignidad y auto aceptación.

Para algunas personas la autoestima depende en gran medida de cómo funcionan, ya sea en el trabajo o en el hogar, o cómo las ven y las tratan los demás. Se reconoce que a algunas personas les puede resultar difícil hablar de la autoestima, lo que se intenta tener en cuenta en la formulación de las preguntas. Sin embargo, las preguntas se referirán a la sensación de la propia valía resultante de esos ámbitos, pero en un nivel más general. También forma parte de esta faceta el aspecto de la autoestima en relación con la propia eficacia, la satisfacción consigo misma y el control. En las preguntas no se hacen referencias particulares a la idea de la persona sobre su cuerpo y las relaciones sociales, que corresponden a ámbitos diferentes.

#### 7. Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto

Se centra en la satisfacción de la persona con su aspecto y su efecto en el concepto que tiene de sí misma, incluida la cuestión de hasta qué punto se pueden corregir defectos corporales reales o «percibidos», en caso de que existan (por ejemplo, mediante maquillaje, ropa, prótesis, etc.). Es probable que la forma en que los demás reaccionan ante la apariencia de una persona afecte en muy gran medida al concepto que ésta tiene de su cuerpo. Además, están formuladas de

modo que puedan incluir tanto a una persona que se sienta contenta con su aspecto como a otra que tenga una grave incapacidad física. En esta faceta se examina el concepto que una persona tiene de su cuerpo.

#### 8. Sentimientos negativos

Esta faceta se refiere al grado en que una persona experimenta sentimientos negativos, incluidos abatimiento, culpa, tristeza, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida. Considera también hasta qué punto resultan angustiosos cualesquiera sentimientos negativos y sus efectos en el funcionamiento diario de la persona. Las preguntas no indagan sobre la falta de concentración ni sobre la relación entre el afecto negativo y las relaciones sociales de la persona, que corresponden a otras facetas.

#### Ámbito III - Grado de independencia

#### 9. Movilidad

En esta faceta se examina la opinión de la persona sobre su capacidad para trasladarse de un lugar a otro, moverse por su casa, moverse por el lugar de trabajo o llegar a los servicios de transporte. Se da por sentado que, en todos los casos en que una persona depende en gran medida de otra persona para su movilidad, es probable que su calidad de vida resulte afectada negativamente por ello. Además, en las preguntas se aborda el caso de personas con dificultades de movilidad, independientemente de si éstas se presentaron de forma repentina o gradual, si bien se reconoce que es probable que este aspecto influya en gran medida en su calidad de vida.

Así, por ejemplo, una persona que utilice una silla de ruedas o un andador puede tener una movilidad satisfactoria en un hogar o lugar de trabajo adecuadamente adaptado.

#### 10. Actividades de la vida diaria

En esta faceta se explora la capacidad de una persona para realizar actividades habituales de la vida diaria, incluidas el cuidado de sí misma y el cuidado idóneo de su casa. Las preguntas no comprenden aspectos de la vida diaria que corresponden a otros ámbitos, a saber, actividades específicas afectadas por la fatiga, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, movilidad y demás.

El grado en que las personas dependan de otras para que las ayuden en sus actividades diarias probablemente afecte también a su calidad de vida. Se centra en la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades que probablemente necesite realizar diariamente.

#### 11. Dependencia de una medicación o de tratamientos

Las medicaciones pueden afectar en algunos casos a la calidad de la vida de una persona de forma negativa (por ejemplo, efectos secundarios de la quimioterapia), mientras que en otros pueden mejorarla (por ejemplo, pacientes cancerosos que tomen analgésicos). En esta faceta se examina la dependencia de una persona de una medicación o de medicinas alternativas (tales como acupuntura y remedios herbarios) para respaldar su bienestar físico y psicológico. Esta faceta comprende las intervenciones médicas no farmacológicas, pero de las que de todos modos depende la persona, por ejemplo, un marcapasos, un miembro artificial o un ano artificial.

#### 12. Capacidad de trabajo

Como las preguntas se refieren a esos posibles tipos de actividades más importantes, esta faceta se centra en la capacidad de una persona para trabajar, independientemente del tipo de trabajo. Entre las actividades importantes pueden figurar el trabajo remunerado, el trabajo no remunerado, el trabajo voluntario para la comunidad, el estudio en exclusividad, el cuidado de niños y las obligaciones domésticas. Las preguntas no versan sobre las impresiones de las personas respecto de la naturaleza del trabajo que hacen, como tampoco sobre la calidad de su medio de trabajo.

## Ámbito IV - Relaciones sociales

### 13. Relaciones personales

En esta faceta se abordan todos los tipos de relaciones amorosas, tales como amistades íntimas, matrimonios y parejas heterosexuales y homosexuales. Esta faceta comprende la capacidad y la oportunidad de amar, ser amado y mantener relaciones estrechas, tanto afectivas como físicas. En esta faceta se examina hasta qué punto las personas sienten la compañía, el amor y el apoyo que desean de las personas próximas en su vida. Se incluyen el grado en que las personas piensan que pueden compartir momentos de felicidad y de aflicción con sus seres queridos y la sensación de amar y ser amado. Sin embargo, se reconoce que es probable que esta faceta se superponga en gran medida con la intimidad sexual, que corresponde a la faceta relativa a la actividad sexual. Se incluyen también los aspectos físicos de las relaciones con los seres queridos, tales como abrazarse y tocarse.

### 14. Apoyo social

Esta faceta se centra en la cuestión de hasta qué punto la persona siente que tiene el apoyo de su familia y sus amigos, en particular hasta qué punto podría depender de su apoyo en caso de crisis. En esta faceta se examina hasta qué punto siente una persona el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica por parte de su familia y sus amigos. Abarca también la cuestión de hasta qué punto siente la persona que recibe aprobación y aliento de su familia y sus amigos. En esta faceta se incluye el papel potencialmente negativo de la familia y los amigos en la vida de una persona y la formulación de las preguntas permite registrar los efectos negativos de la familia y los amigos, como, por ejemplo, los malos tratos de palabra o de obra. En las preguntas se explora hasta qué punto la familia y los amigos comparten responsabilidades y trabajan en común para resolver los problemas personales y familiares.

## 15. Actividad sexual

Las preguntas no incluyen los juicios de valor relativos a la vida sexual, sino sólo la importancia de la actividad sexual para la calidad de la vida de una persona. Así, no se consideran importantes en sí mismas la orientación y las prácticas sexuales de la persona, sino que esta faceta se centra en el deseo, la expresión, la oportunidad y la satisfacción sexuales. Esta faceta se refiere al impulso y el deseo sexuales de una persona y al grado en que la persona puede expresar y gozar su deseo sexual apropiadamente. Esta faceta abarca ese aspecto de la vida sexual en esas culturas y es probable que así se interprete en ellas. Se reconoce que es difícil preguntar por la actividad sexual y es probable que en algunas culturas las respuestas a esas preguntas sean más comedidas. Algunas pueden comunicar poco o ningún deseo sexual sin que ello tenga efecto negativo alguno en la calidad de su vida. Sin embargo, las preguntas versan solo sobre el apetito, la expresión y la satisfacción sexuales, mientras que en otras facetas se abordan otras formas de intimidad. Para muchas personas, la actividad sexual y las relaciones de intimidad con otras personas están vinculadas entre sí.

### Ámbito V - Medio

## 16. Seguridad física

Es probable que esta faceta tenga particular importancia para ciertos grupos, tales como víctimas de catástrofes, personas sin hogar, personas que ejercen profesiones peligrosas, familiares de delincuentes y víctimas de malos tratos. Por esa razón, las preguntas están formuladas para permitir una diversidad de respuestas: desde que una persona tenga oportunidades para vivir sin restricciones hasta que viva en un Estado o en un barrio opresivo y se sienta insegura en él. Las preguntas no exploran a fondo los sentimientos de quienes podrían padecer enfermedades mentales graves y tener la sensación de que su seguridad está amenazada

por «estar perseguidos por alienígenas», por ejemplo. Las preguntas abordan la cuestión de hasta qué punto considera la persona que hay «recursos» que protegen o podrían proteger su sensación de seguridad.

#### 17. Medio doméstico

Otros aspectos que van incluidos implícitamente son los siguientes: hacinamiento; cantidad de espacio disponible; limpieza; oportunidades para estar a solas; servicios disponibles (tales como electricidad, inodoro, agua corriente) y la calidad de la construcción del edificio (como, por ejemplo, goteras y humedad). (Sin embargo, la formulación de las preguntas incluye también a personas que no viven en cierto lugar con su familia, tales como los refugiados o las personas internadas en instituciones. En esta faceta se examina el lugar principal en el que vive la persona (y, como mínimo, duerme y guarda la mayoría de sus pertenencias) y la forma en que ello repercute en su vida. Se evaluaría la calidad del hogar en el sentido de que sea cómodo y brinde a la persona un lugar seguro para residir.

#### 18. Recursos financieros

Las preguntas versan sobre la sensación de satisfacción o insatisfacción de la persona con las cosas que sus ingresos le permiten obtener y también sobre la sensación de dependencia o independencia que le brindan sus recursos financieros (o recursos intercambiables) y la sensación de tener suficiente. En esta faceta se explora la opinión de la persona sobre sus recursos financieros (y otros recursos intercambiables) y hasta qué punto satisfacen dichos recursos las necesidades de un estilo de vida saludable y confortable. Se reconoce que es probable que la idea que tenga una persona de sus recursos financieros como «suficientes», «satisfacen las necesidades», etc. Se centra en lo que la persona puede comprar y en lo que no, en la medida en que ello afecte a la calidad de su vida.

### 19. Salud y atención social: disponibilidad y calidad

También versan sobre la ayuda voluntaria en la comunidad (organizaciones religiosas de beneficencia, templos...) que ora complementen ora constituyan el único sistema de asistencia sanitaria disponible en el medio de la persona, y sobre lo fácil o difícil que resulta llegar a los servicios sanitarios y sociales locales y llevar a amigos o parientes a esos servicios. Las preguntas versan sobre cómo ve la persona la disponibilidad de servicios sanitarios y sociales y la calidad y la cabalidad de la asistencia que recibe o espera recibir, en caso de que lo necesite.

En esta faceta se examina la opinión de la persona sobre la salud y la asistencia social en su zona de residencia, en el sentido de que no haga falta mucho tiempo para recibir asistencia, en caso necesario.

### 20. Oportunidades para obtener nueva información y adquirir nuevas aptitudes

Esta faceta comprende el contacto y la recepción de noticias sobre lo que sucede, que para algunas personas son amplios (las «noticias del mundo») y para otros más limitados (chismorreo de aldea). Se centra en las posibilidades de una persona para satisfacer una necesidad de información y conocimientos, ya se trate de conocimientos en sentido educativo o de noticias locales, nacionales e internacionales que sean de algún modo pertinentes para la calidad de su vida. La formulación de las preguntas permite captar estos diferentes aspectos de la obtención de una diversidad de informaciones y aptitudes: desde las noticias del mundo y el cotilleo local hasta los programas educativos oficiales y la formación profesional. No obstante, para muchas personas es importante la sensación de estar en contacto con lo que sucede a su alrededor, razón por la cual figura en las preguntas.

### 21. Participación en actividades recreativas y de ocio y oportunidades al respecto

Las preguntas se centran en tres aspectos: la capacidad de la persona para dedicarse a actividades de esparcimiento y relajación y disfrutarlas y las oportunidades que se le brindan al respecto. En esta faceta se explora la capacidad de una persona para participar en actividades de ocio, pasatiempos y relajación y las oportunidades que se le brindan al respecto. En las preguntas figuran todas las formas de pasatiempos, relajación y esparcimiento: ver a amigos, practicar deportes, leer, ver la televisión o pasar tiempo con la familia o sin hacer nada.

#### 22. Medio físico (contaminación/ruido/tráfico/clima)

En esta faceta se examina la opinión de la persona sobre su medio, incluidos el ruido, la contaminación, el clima y la estética general del medio, y la cuestión de si todo ello sirve para mejorar su calidad de vida o la afecta negativamente. En algunas culturas algunos aspectos del medio, como el carácter fundamental de la disponibilidad de agua o la contaminación del aire, pueden tener una influencia muy particular en la calidad de la vida.

#### 23. Transporte

Las preguntas comprenden cualquier modo de transporte a disposición de la persona (bicicleta, automóvil, autobús...). Esta faceta se centra en cómo permite la disponibilidad de transporte realizar las tareas necesarias de la vida diaria y la libertad para realizar actividades elegidas. En esta faceta se examina la opinión de la persona sobre la disponibilidad o la facilidad para encontrar y utilizar servicios de transporte a fin de ir de un lado para otro. Las preguntas no versan sobre el tipo de transporte ni sobre los medios utilizados para moverse por la casa propia.

#### Ámbito VI - Espiritualidad/Religión/Creencias personales

#### 24. Espiritualidad/religión/creencias personales

Esta faceta comprende tanto a personas con creencias religiosas diferentes (por ejemplo, budistas, cristianos, hindúes, musulmanes) como a personas con creencias personales y

espirituales que no vivan con arreglo a una orientación religiosa determinada. Para muchas personas, la religión, las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, sentido, sensación de arraigo, finalidad y fuerza. Puede ser que la ayuden a afrontar las dificultades de su vida, estructuren su experiencia, infundan significado a las cuestiones espirituales y personales y, más en general, brinden a la persona una sensación de bienestar. En esta faceta se examinan las creencias de la persona y cómo afectan a la calidad de su vida.

### 2.1.2 Indicadores de calidad de vida

Existe una forma de medir el crecimiento y el bienestar de las poblaciones conocido indicadores de calidad de vida. Vivir a nuestra manera y en ciertas condiciones, sea en nuestros hogares o ciudades es catalogado como calidad de vida. La calidad de vida constantemente ha sido promovida por los gobiernos y por algunas instituciones de nuestras ciudades o países.

Gracias a estos indicadores es posible llegar a medir la calidad de vida de las personas en los diversos países. También la calidad de vida es un término que constantemente se hace uso en la sociedad, donde aprendemos a tener bienestar.

#### Definición

También cada ciudad se evalúa el mejor indicador que se encuentre en ese país y el bienestar de las personas. Los indicadores de Calidad de Vida deben basarse en las mediciones universales existentes que ayuden a comparar los niveles de bienestar. Los indicadores de Calidad de Vida deben basarse en las mediciones universales existentes que ayuden a comparar los niveles de bienestar. Indicadores de calidad de vida México ha avanzado en gran medida en la última década en la mejora de la calidad de vida. Este es una expresión que comenzó a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida.

- 1.-Seguridad
- 2.-Ingresos
- 3.-Acceso a servicios
- 4.-Empelo
- 5.-Educación
- 6.-Salud
- 7.-Medio ambiente
- 8.-Vivienda
- 9.-Participación cívica (Santos, 2019)

## 2.2. Autoeficacia

Se denomina autoeficacia el conocimiento que los individuos tienen acerca de sus capacidades y confianza para alcanzar una meta o enfrentar una situación. Sobre autoeficacia existen diversas investigaciones realizadas por destacados psicólogos, entre ellos Albert Bandura quien desarrolló la Teoría de aprendizaje social. Dicha Teoría se refiere a la motivación y acción de las personas tras tres tipos de expectativas que son: expectativas de situación-resultado, expectativas de acción-resultado y la autoeficacia. Para Bandura, la expectativa de autoeficacia es de suma importancia porque ésta se desarrolla a través del aprendizaje por observación y por la experiencia social, lo que en conjunto forma parte de la construcción de la personalidad del individuo.

### Desarrollo de la autoeficacia

La autoeficacia es importante para que cada individuo formule su reconocimiento a partir de sus capacidades, habilidades y actitudes para alcanzar el éxito o enfrentar un desafío. Por

ende, Bandura resalta que la autoeficacia es aquello que determina la manera de pensar y actuar de cada persona que conoce cuáles son sus capacidades, habilidades y limitaciones para tener éxito o prevenir un fracaso. No obstante, la autoeficacia se va formando a lo largo de la vida de una persona porque se relaciona directamente con sus experiencias y las habilidades que va adquiriendo a través de los años tras los aciertos o desaciertos alcanzados. Por tanto, abarca desde la infancia hasta la edad adulta.

#### Autoeficacia alta o débil

La autoeficacia desempeña un papel importante en la formación de la personalidad y en su motivación de las personas para lograr diversos objetivos. Una persona con una autoeficacia alta es capaz de enfrentar diversos retos porque sabe que cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para alcanzar su meta. Es decir, asume el reto y se esfuerza y da lo mejor de sí a fin de lograr un objetivo. Por el contrario, quien tiene una autoeficacia débil acostumbra a evitar nuevos y desconocidos desafíos, no confía en sus capacidades y habilidades y, considera que los fracasos forman parte de su vida. En este sentido, de manera generalizada muchos especialistas manejan el concepto de que la autoeficacia es la que determina las competencias individuales, estados de ánimo, manejo del estrés y concentración en situaciones particulares. De allí que Bandura resalta la importancia de autoeficacia como parte fundamental de las reacciones emocionales y físicas que tienen los individuos. (Significados, 2019).

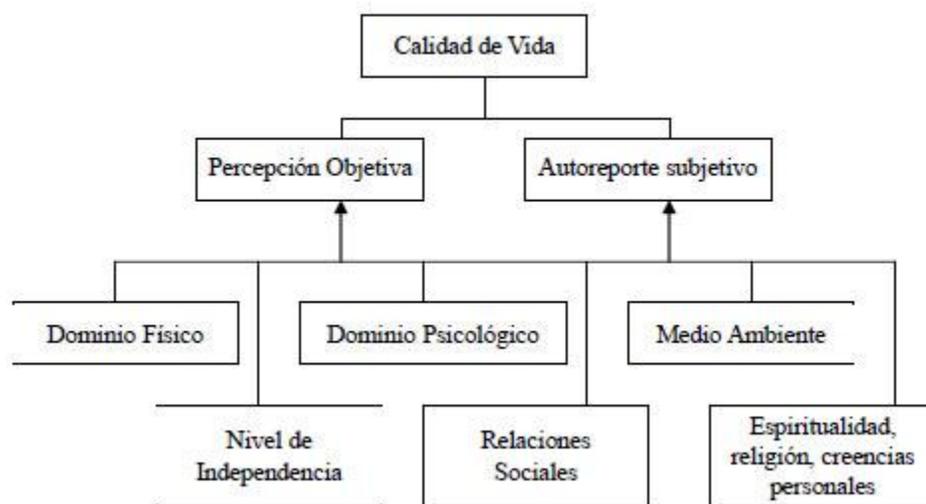


Figura No 1: Esquema de calidad de vida (OMS, 2019).

#### 1.4 Estudios relacionados

El autor (Carrillo Pinto, 2020), donde evaluaron la CV de pacientes con DM II, en el centro de salud tipo A, de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. La calidad de vida constituye es un eje fundamental en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus, especialmente lo relacionado con la dieta, actividad física, administración del medicamento y de insulina para el control de su enfermedad debido a esto se realizó un estudio cuyo objetivo es Determinar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en el centro de salud tipo A 25 de enero de la ciudad de Guayaquil, año 2020. Tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, prospectivo, población: 100 historias clínicas de pacientes y 50 pacientes entre la edad de 35 a 50 años. Instrumentos: cuestionario de preguntas (Encuesta) y guía de observación indirecta (EsDQOL) Resultados: el 50% están en edades de entre 35 a 40 años, son de sexo de masculino el 59%, instrucción primaria 41%, etnia mestiza 68%, I.M.C. 38% sobrepeso y

obesidad grado I, proceden del sector urbano 60%, el envejecimiento 80%, sedentarismo 89% están presente y los hábitos alimenticios están ausentes en un 80%. las complicaciones están presentes en los pies en un 38% y psicológicas un 58%. En los parámetros de la calidad de vida la dimensión física 52%, dimensión psicológica 44% y la dimensión social 62%. Conclusión: en el centro de salud tipo A los pacientes con diabetes mellitus necesitan de conocimiento y esto se debe a la falta de educación y conocimiento.

En Pachuca Hidalgo, México, los autores (Reyes, Tolentino, Guzmán y col's, 2019) en su investigación CV en pacientes con DM II, La DM II es uno de los principales problemas de salud a nivel nacional, existen diversos factores de riesgo para su desarrollo. Las enfermedades crónicas como la diabetes generan un cambio en el estilo de vida no sólo de quien la padece, sino de su círculo familiar y social más cercano; lo que a su vez puede derivar en afectaciones en la CV. Por lo tanto, los objetivos del presente estudio fueron determinar el nivel de CV de una muestra de pacientes con DM II que asisten a un Centro de Salud de Pachuca, Hidalgo; además de evaluar la relación que existe entre CV y las variables sociodemográficas de dicha muestra. El diseño fue no experimental transeccional. Se evaluaron a 27 pacientes con diagnóstico de DM II con el instrumento Diabetes Quality of Life (DQOL) y con una ficha de datos sociodemográficos. Los resultados indican que los niveles más altos de CV se reflejaron en las dimensiones de preocupación por aspectos sociales y vocacionales, satisfacción con el tratamiento e impacto con el tratamiento; mientras que las dimensiones más afectadas fueron el bienestar general y la preocupación acerca de los efectos futuros de la DM. Así mismo, se comprobó que existe una relación moderada, positiva y estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el impacto negativo del tratamiento.

En Lima, el autor (Carranza, 2020), con su investigación sobre CV relacionada con la salud en pacientes con DM II en el Hospital San Juan De Lurigancho, Objetivo: Determinar la CV relacionada con la salud en pacientes con DM II en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020. Material y método: El enfoque del presente estudio es cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y de diseño no experimental, la población estuvo conformado por 80 pacientes, por ser una población pequeña se trabajó como muestra con los 80 pacientes del Consultorio de Endocrinología del Hospital San Juan de Lurigancho, la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumentos un cuestionario de CV específico para la DM de versión española EsDQOL Resultados: tenemos como datos generales que en su mayoría el 57% de sexo femenino, el 42% de estos pacientes tienen entre 50 a 59 años, con un 45% con grado de instrucción secundaria, y un 58% de estado civil conviviente, en la CV relacionado con la salud obtuvieron una CV regular con el 51%; en lo que respecta a las dimensiones satisfacción y preocupación social y vocacional los pacientes obtuvieron una CV alto, en la dimensión impacto los pacientes obtuvieron una CV regular con un 58%, y finalmente en la dimensión preocupación relativa a la DM los pacientes obtuvieron una CV bajo con un 44%.

El autor (Marchena, 2021) en su investigación, “Hemoglobina glicosilada y CV en pacientes con DM II en la zona Lima- norte en el periodo septiembre 2020 a febrero 2021” Objetivo: Determinar la asociación entre la CV relacionada a la salud con los valores de hemoglobina glicosilada en pacientes con DM tipo II en la zona Lima Norte en el periodo de septiembre 2020 a febrero de 2021. Metodología: la investigación es aplicada, de enfoque cuantitativo, observacional, de nivel correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada de 80 pacientes con DM II. Se utilizó el instrumento EsDQOL para la variable CVRS y para la hemoglobina glicosilada (HbA1C), se utilizó la ficha de captura de datos. Se realizó la prueba de

significancia y correlación de Spearman entre CVRS y los valores de HbA1C para determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre variables. Resultados: el 60% de pacientes con DM II de la zona Lima-Norte, presentan un nivel de CVRS media. Se pudo evaluar que en la dimensión satisfacción el 71,25% presenta un nivel medio, en la dimensión impacto el 53.75% presenta nivel medio, en la dimensión preocupación social/ vocacional el 57,5% representa un nivel bajo y en la dimensión preocupación relativa a la diabetes el 50% muestra un nivel bajo. Conclusiones: Existe asociación estadísticamente significativa entre CVRS con los valores de HbA1C  $R=0,003 (<0,01)$ .

Los autores (García, Campos, Fuentes, Fuentes, 2021), Adherencia al tratamiento y calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2, Universidad de Guanajuato.

Introducción: La diabetes es un problema de salud pública, por ser una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes a nivel mundial, por su severidad y sus complicaciones. Uno de los retos más importantes que presentan las personas que viven con diabetes mellitus es la adherencia al tratamiento; los adultos que padecen esta enfermedad presentan una alteración en su estado de salud y en su calidad de vida. Objetivo: Describir la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Metodología: El estudio fue descriptivo, con un muestreo no probabilístico, la muestra estuvo conformada por 73 participantes de ambos sexos, que han sido diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Se aplicó una Cédula de Datos Personales, el Test de Morisky Green y Levine y el cuestionario de Calidad de Vida Especifico para la Diabetes Mellitus (EsDQOL). Resultados: Se identificó que el 80.8% de los participantes no es adherente al tratamiento, siendo el sexo femenino el que menos se adhiere al tratamiento. Para el nivel de calidad de vida se reportó que el 73.96% de la población

estudiada tiene una calidad de vida buena. Conclusión: Se documentaron niveles altos de no adherencia al tratamiento y se reportó un nivel alto en cuanto a la calidad de vida.

### **1.5 Definición Operacional**

De acuerdo con la OMS la CV es “la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.” (OMS, 2021).

La CV se conforma por una serie de aspectos que se definen como objetivos, subjetivos y sociales. Los aspectos objetivos son aquellos que tienen que ver con las condiciones materiales de la persona adulta mayor, como el nivel de ingresos, vivienda, alimentación, vestido, seguridad social, educación. Estos elementos son parte de los derechos humanos, ya que son indispensables para la satisfacción de las necesidades básicas de las personas.

Por otra parte, se encuentran los aspectos subjetivos, los cuales tienen que ver con elementos psíquicos de la persona como: la autoestima, el auto concepto, la intimidad, la expresión emocional y la salud percibida. Estos elementos son subjetivos pues se construyen a partir de la apreciación y valoración que realiza la persona sobre sí misma, su sentido de vida y su lugar en el mundo.

También existen los aspectos sociales, estos se integran por las políticas públicas, programas sociales, servicios institucionales, pensiones no contributivas, así como cualquier otro servicio procurado por el gobierno a través de las instituciones para satisfacer de manera integral las diversas necesidades de las personas adultas mayores.

En su conjunto, estos tres aspectos conforman la CV de las personas y se relacionan directamente con las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales del contexto en el que se sitúa una persona, por lo que, para valorar la CV se debe tener presente que dicha experiencia es individual, heterogénea y subjetiva, lo que una persona puede considerar como esencial para gozar de CV, para otra puede no ser importante, por ejemplo, tener un alto nivel de ingresos o bienes materiales.

Es importante saber que un equilibrio entre estos tres aspectos es vital para garantizar una favorable CV en la vejez y durante todo el proceso de envejecimiento. Así lo muestran diversos estudios realizados alrededor del mundo en los que las personas adultas mayores expresan que el tener relaciones sociales, amistades; realizar actividades y participar en la comunidad; ser independiente, gozar de buena salud física, mental y emocional, tener una actitud positiva ante la vida; contar con servicios sociales y buenos ingresos económicos determinan de forma positiva su CV.

De esta manera, es importante valorar los aspectos objetivos, subjetivos y sociales que constituyen nuestra CV, para así identificar si existen elementos que se encuentren debilitados y generar estrategias para fortalecerlos. Garantizar una favorable CV en la vejez se ubica como una responsabilidad gubernamental, social, comunitaria e individual, por lo cual, se requiere de acciones donde todos los actores que conforman la sociedad participen plenamente. (INAPAM, 2021).

La DM es una enfermedad producida por la presencia de altos niveles de azúcares en la sangre. Básicamente la DM se reproduce en el organismo a causa de la falta de una hormona segregada por el páncreas llamada Insulina, también por la resistencia que pueda prestar el cuerpo a dicha hormona. La glucosa, es un compuesto que contienen las comidas y

sirve de combustible para el organismo, a su vez la insulina contrarresta los excesos de glucosa en la sangre, administrando sus nutrientes y proteínas a las células de los músculos, la grasa y el hígado.

La fisiopatología de la DM se diferencia en tres tipos, las cuales presentan ciertas características propias y distintas entre sí, como la causa y el tratamiento que requieren. DM I se trata de un tipo autoinmune de la enfermedad en la cual el organismo ataca y destruye a las células beta del páncreas, encargadas de la producción de insulina, debido a esto hay escasez de la hormona en el cuerpo. Este tipo específico se relaciona a personas jóvenes y niños conocida también como DM infantil, es conocida como insulino dependiente, pero también puede presentarse en adultos, aunque en menor grado, es de inicio brusco y está relacionada a la herencia familiar. DM II esta es más común en los adultos, se produce por una disminución en la captación y acción de la insulina sobre los tejidos, al parecer es una mezcla entre la poca producción de la hormona y la baja receptividad por parte de los tejidos, lo que se conoce como resistencia a la insulina. La historia natural de la DM II se caracteriza por ser poligénica. Uno de los principales factores asociados a este tipo en particular, además de la edad madura es la obesidad, debido a que la grasa en grandes cantidades produce ciertas sustancias que disminuyen la efectividad de la hormona en los tejidos. Diabetes gestacional como su nombre lo indica es un tipo de DM en el embarazo, se produce ya que durante la gestación los niveles de insulina aumentan para garantizar las reservas de energía, se produce cuando estos niveles no aumentan. Por lo general se resuelve posterior al parto, sin embargo, las mujeres que la padecen quedan propensas a padecer DM II en un futuro. (Rodríguez, 2021).

El Adulto mayor es un término reciente que se les da a las personas que tienen más de 65 años. Estas también pueden ser llamadas de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado

ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida). Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría. Por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades debido a su trayectoria. El término adulto mayor nace del latín *adultus*, que significa crecer o madurar, mientras que mayor nace del latín *maior*, cuyo significado hace referencia a grande en edad. El término hace alusión a los últimos años de vida de una persona o a la edad máxima de un ser humano, una etapa vital porque se han vivido o experimentado muchísimas situaciones que generan aprendizaje, además, se presentan diversos cambios, pudiendo ser físicos o psicológicos. El final de la tercera edad es la muerte, es su punto final, pero deja mucha enseñanza en las personas que se encuentran en su círculo social o familiar. Actualmente se necesita dar apoyo a adultos mayores en diferentes naciones para que puedan tener una vida digna. (Pérez, 2021).

El concepto de localidad suele emplearse con referencia a un pueblo o una ciudad. Una localidad, en este marco, es una división administrativa de un territorio. Las localidades pueden contar con una cantidad reducida de habitantes o tratarse de núcleos urbanos muy poblados. Incluso hay localidades que, por diversos motivos, terminaron perdiendo a sus pobladores y quedaron deshabitadas. Una localidad, en definitiva, consta de tierras, edificios y diversas infraestructuras (caminos, servicios cloacales, red eléctrica, etc.). Cada una tiene su propia fisonomía e identidad, más allá de las similitudes geográficas, culturales y sociales que comparta con las demás. Se llama localidad, por otra parte, al asiento o plaza de un recinto donde se desarrollan eventos públicos. (Pérez, Gardey, 2019).

Satisfacción Del lat. Satisfactio, -ōnis. Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse.

Cumplimiento del deseo o del gusto. (Real Academia Española, 2022)

Impacto Del lat. Tardío impactus. Golpe emocional producido por un acontecimiento o una noticia desconcertantes.5. m. Efecto producido en la opinión pública por un acontecimiento, una disposición de la autoridad, una noticia, una catástrofe, etc. (Española, 2022)

Preocupación Del lat. Praeoccupatio, -ōnis.f. Acción y efecto de preocupar o preocuparse. (Española, 2022)

Social Del lat. Sociālis. Perteneiente o relativo a la sociedad. Perteneiente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados. (Española, 2022)

Vocacional Perteneiente o relativo a la vocación. (Española, 2022)

Preocupación Del lat. Praeoccupatio, -ōnis.f. Acción y efecto de preocupar o preocuparse. (Española, 2022)

Relativo, va Del lat. Tardío relatīvus. Que guarda relación con alguien o con algo. Que no es absoluto. No mucho, en poca cantidad o intensidad. (Española, 2022)

Diabetes Del lat. Mediev. Diabetes, y este del gr. διαβήτης diabētēs, de διαβαίνειν diabaínein 'atravesar'. Enfermedad metabólica caracterizada por eliminación excesiva de orina, adelgazamiento, sed intensa y otros trastornos generales. Diabetes mellitus1.Enfermedad metabólica producida por una secreción deficiente de insulina, lo que produce un exceso de glucosa en la sangre. (Española, 2022)

Edad Del lat. Aetas, -ātis. Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Duración de algunas cosas y entidades abstractas. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. (Española, 2022)

**Domicilio** Del lat. Domicilium, y este der. De domus 'casa'. Lugar de residencia habitual. Lugar en que legalmente se considera establecido alguien para el cumplimiento de sus obligaciones y el ejercicio de sus derechos. (Española, 2022)

**Sexo** Del lat. Sexus. Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino. (Española, 2022)

**Antecedente** De anteceder y -nte; lat. Antecēdens, -entis.1. Adj. Que antecede.2. m. Acción, dicho o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores. Comunicarle las circunstancias previas a un asunto. (Española, 2022)

**Clínico, ca** Del lat. Clinīcus 'propio del enfermo', 'propio del lecho', y este del gr. κλινικός klinikós, der. De κλίνη klínē 'lecho'; la forma f., del lat. Clinīce, y este del gr. κλινική klinikē. Perteneciente o relativo a la clínica (|| ejercicio práctico de la medicina). Síntoma clínico. Ejercicio práctico de la medicina relacionado con la observación directa del paciente y con su tratamiento. Conjunto de las manifestaciones de una enfermedad. (Española, 2022)

**Tratamiento** trato (|| acción de tratar). Título que se da a una persona por cortesía o en función de su cargo o condición; Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad. (Española, 2022)

**Medicamento** Del lat. medicamentum.1. m. Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta. (Española, 2022)

**Alergia** Del al. Allergie, y este formado sobre el gr. ἄλλος állos 'otro' y ἔργον érgon 'trabajo'. Respuesta inmunitaria excesiva provocada en individuos hipersensibles por la acción

de determinadas sustancias, especialmente ambientales. Sensibilidad extremada y contraria respecto a ciertos temas, personas o cosas. (Española, 2022)

Dieta Del lat. Diaeta, y este del gr. δίαιτα díaita 'régimen de vida'. Régimen que se manda observar a los enfermos o convalecientes en el comer y beber, y, porext., esta comida y bebida. Conjunto de sustancias que regularmente se ingieren como alimento. Privación completa de comer (Española, 2022)

Grado Del lat. Gradus. Cada uno de los diversos estados o niveles que, en relación de menor a mayor, puede tener algo. Valor o medida de algo que puede variar en intensidad. Cada una de las generaciones que marcan el parentesco entre las personas. En la enseñanza, título que se alcanza al superar cada uno de los niveles de estudio. En ciertas escuelas, cada una de las secciones en que sus alumnos se agrupan según su edad y el estado de sus conocimientos y educación. (Española, 2022)

Escolar Del lat. Tardío scholāris. Perteneiente o relativo al estudiante o a la escuela. Dicho de un instrumento educativo: Pensado, en su contenido y en su metodología, para facilitar su comprensión a los alumnos. Estudiante que cursaba y seguía las escuelas universitarias. (Española, 2022)

### **1.6 Objetivo General.**

Evaluar la calidad de vida de pacientes con DM II adscritos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco.

### **1.7 Objetivos Específicos.**

1. Identificar las características sociodemográficas de pacientes con DM II atendidos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco.

2. Conocer el nivel de calidad de vida en las dimensiones de satisfacción, impacto, preocupación social / vocacional y preocupación relativa a la diabetes, que tienen los pacientes con DM II atendidos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco.

## Capítulo II

### 2.1 Diseño de Estudio

Este trabajo de investigación se desarrolló por medio del método cuantitativo ya que se busca abordar los objetivos del estudio, delimitar el problema, medir y cuantificar la información obtenida a partir de la población. Es una investigación no experimental porque únicamente se recaban datos y se analizan. El diseño de estudio es transversal ya que se estudió a la población en un determinado tiempo con el fin de examinar la relación que existe entre las variables de interés.

### 2.2 Población, muestreo y muestra

La presente investigación tomo en cuenta a los pacientes con DM II, que sean adultos mayores de 65 años en adelante, que acudan activamente al Centro de Salud Urbano de Atlixco, que cuenten con registro medico en el Centro de Salud y que quieran participar en el estudio, la muestra se calculó con el paquete estadístico Excel, con la fórmula para muestras finitas, dando como resultado 100 pacientes, el muestreo fue de tipo probabilístico por conveniencia

### 2.3 Criterios de inclusión

Adultos mayores de 65 años en adelante que estén registrados en el padrón de pacientes diabéticos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, con diagnóstico de DM II y alguna otra comorbilidad como hipertensión y /u obesidad que acepten participar voluntariamente en el estudio y acepten firmar el consentimiento informado, que estén orientados en tiempo, espacio y persona, validado mediante la aplicación del cuestionario minimal test.

### **2.3.1 Criterios de exclusión**

Adultos mayores de 65 años en adelante que tengan diagnóstico de DM I, que cuenten con alguna comorbilidad diferente a la hipertensión u obesidad, todo aquel individuo que no sean adultos mayores quedara excluido, de la misma manera quedaran fuera aquellos pacientes que no sean aprobados por el minimal test.

### **2.3.2 Criterios de eliminación**

Cuestionarios que estén contestados de manera incorrecta o incompleta.

Adultos mayores con diagnóstico de DM II que no acepten participar en el estudio o firmar el consentimiento informado.

## **2.4 Instrumentos de medición**

El Cuestionario de Calidad de Vida (CV) específico para la DM (EsDQOL) modificado en versión española por Montserrat Millan (2002); consta de 43 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: «satisfacción con el tratamiento» (15 preguntas), «impacto del tratamiento» (17 preguntas), «preocupación por los efectos futuros de la diabetes» (4 preguntas), «preocupación por aspectos sociales y vocacionales» (7 preguntas). Se adiciono una pregunta sobre el estado de salud percibido. Las preguntas se contestan en una escala tipo Likert de cinco puntos. El DQOL se ha aplicado mundialmente en Hospitales, Centros de Salud, estudios e investigaciones, donde la población presenta DM I y DM II.

## **2.5 Procedimiento para la recolección de datos**

En primer lugar, se solicitó la autorización del Comité Académico de Investigación y Ética del Instituto de Estudios Avanzados Universitarios incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México, (IDEAUNI, UNAM). En segundo lugar se realizó una visita a las autoridades del Centro de Salud Urbano de Atlixco, perteneciente a la Jurisdicción V en

Huejotzingo, para solicitar la autorización de la aplicación del instrumento a la población, así como el apoyo para el reclutamiento de los pacientes con DM II que cumplan con los criterios de inclusión, apoyada del censo actualizado del centro de salud donde se tienen el control de los pacientes identificados con esta patología ubicados por sectores, se seleccionaron a los sujetos de estudio y una vez identificados se procedió a ir al centro de salud para ser captadas por primera vez y solicitarles su participación de manera voluntaria, explicándoles el objetivo del estudio y proponiendo la firma del consentimiento informado.

## **2.6 Ética del estudio**

El presente artículo se apegó a la ley general de salud en materia de investigación para la Salud título segundo, capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación con seres humanos (secretaría de salud, 1987, última reforma 2014).

El investigador se debe apegar a los reglamentos éticos en el cual se garantice el bienestar, respeto y derecho de los individuos que participan en el presente estudio en los siguientes artículos. De acuerdo con el artículo 13, que nos indica que en toda lo establecido tomó en consideración lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud (SSA, 1984) en materia de investigación en salud, en lo que respecta al: Título segundo.

Prevaleció el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos de los participantes y su bienestar protegiendo su privacidad durante la investigación al no registrar el nombre en el instrumento y obteniendo resultados de manera general (Título segundo, Cap. 1, Art. 13 y 16).

La presente se considera que fue una investigación sin riesgo porque únicamente se aplicó un cuestionario (Título 2do, Cap. 1, Art. 17, Fracción I). De la misma manera se obtuvo la aprobación de las autoridades universitarias de IDEAUNI para la realización del estudio,

además de obtener el consentimiento informado de los participantes incluidos en el estudio, explicando clara y completamente la justificación y los objetivos de la investigación, fue firmado por parte de los participantes con la seguridad de que no se identificarían y se mantendría la confiabilidad de la información relacionada con su privacidad tomando en cuenta lo descrito en los Artículos 20; 21, Fracción I y VIII; 22, Fracción II y IV y el 29 (Apéndice A).

### **2.7 Estrategias de Análisis**

Al término de la recolección del instrumento EsDQOL modificado contestado, se usó el programa SPSS versión 25, para ingresar todos los datos y así obtener los resultados de variables, moda, media, mediana y así como la fiabilidad del instrumento aplicado.

## Capítulo III

### 3. Resultados

#### 3.1 Estadística descriptiva

La confiabilidad de este instrumento se consiguió por medio de la prueba  $\alpha$  de Cronbach, para lo cual se utilizó el cuestionario EsDQOL, aplicado a 100 pacientes diabéticos. Se tuvo como resultado de la prueba un 0,868 ( $\alpha > 0,868$ ), lo que nos confirma un coeficiente de confiabilidad muy alta de nuestro instrumento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.868	43

A continuación, se describen los resultados de la cedula de datos, para dar respuesta al objetivo específico 1; en donde se menciona la descripción de las características sociodemográficas de la población en estudio: en cuanto a la edad de los encuestados el 72 % tienen de 65 a 70 años. El sexo masculino es más relevante con un 53% en comparación al sexo femenino. Los antecedentes clínicos muestran un 29% de pacientes con DM II que cuentan con comorbilidades, un 64% son pacientes DM II e Hipertensos, sumando entre ambos 93%, el 47% de los encuestados lleva de 11 a 15 años diagnosticado con DM II, la vía de administración más común de los pacientes es oral, representado con 81%, el 90% de los pacientes no tienen alergias, 86% de los pacientes menciona no llevar alguna dieta al momento de la encuesta, el 66% de los pacientes nunca han fumado, el 61% no consume alcohol, el 56% lleva una vida sedentaria, porque no realiza ninguna actividad física, en la escolaridad el 72% cuenta con primaria y secundaria, el 92% de los pacientes no ingiere suplementos alimenticios.

**Tabla 1.***Características sociodemográficas de los adultos mayores*

<b>Edad del encuestado</b>	<i>f</i>	%
65 -70 años	72	72
71-75 años	21	21
76-80 años	4	4
81-85 años	3	3
Total	100	100.0
<b>Sexo del encuestado</b>	<i>f</i>	%
Masculino	53	53.0
Femenino	47	47.0
Total	100	100.0
<b>Antecedentes Clínicos</b>	<i>f</i>	%
DMII	29	29.0
DMII e Hipertensión	64	64.0
DMII, Dislipidemia	3	3.0
DMII, Gastritis	3	3.0
DMII, Otras	1	1.0
Total	100	100.0
<b>Tiempo de Diagnostico de DM II</b>	<i>f</i>	%
1 año a 5 años	1	1.0
6 años a 10 años	16	16.0
11 años a 15 años	47	47.0
16 años a 20 años	24	24.0
21 años a 25 años	10	10.0
26 años a 30 años	2	2.0
Total	100	100.0
<b>Tratamiento</b>	<i>f</i>	%
Oral	81	81.0
Insulina	8	8.0
Ambos	11	11.0
Total	100	100.0
<b>Alergias</b>	<i>f</i>	%
Si	10	10.0
No	90	90.0
Total	100	100.0
<b>Dieta</b>	<i>f</i>	%
Si	14	14.0
No	86	86.0
Total	100	100.0
<b>Tabaco</b>	<i>f</i>	%

	Nunca	66	66.0
	Exfumador	14	14.0
	Actualmente	20	20.0
	Total	100	100.0
<b>Alcohol</b>		<i>f</i>	%
	Si	39	39.0
	No	61	61.0
	Total	100	100.0
<b>Ejercicio</b>		<i>f</i>	%
	Si	44	44.0
	No	56	56.0
	Total	100	100.0
<b>Grado Escolar</b>		<i>f</i>	%
	Primaria	36	36.0
	Secundaria	36	36.0
	Bachillerato	16	16.0
	Carrera Técnica o Lic.	12	12.0
	Total	100	100.0
<b>Consumo de algún suplemento</b>		<i>f</i>	%
	Si	8	8.0
	No	92	92.0
	Total	100	100.0

*f*= Frecuencia, %= Porcentaje, n= 100

Para dar respuesta al objetivo específico número 2, en la dimensión de satisfacción, nos muestra que el 54 % están bastante satisfechos y solo 1% están poco satisfechos.

**Tabla 2.**

*EsDQOL Dimensión de Satisfacción*

<b>Satisfacción</b>	<i>f</i>	%
muy satisfechos	10	10.0
bastante satisfechos	54	54.0
algo satisfechos	35	35.0
poco satisfechos	1	1.0
Total	100	100.0

En la dimensión de impacto, el 81% están bastante satisfechos, y solo el 8% algo satisfechos.

**Tabla 3.**

*EsDQOL Dimensión de Impacto*

<b>Impacto</b>	<i>f</i>	%
muy satisfechos	11	11.0
bastante satisfechos	81	81.0
algo satisfechos	8	8.0
Total	100	100.0

En la dimensión preocupación social / vocacional, el 56% están muy satisfechos, solo el 2% están poco satisfechos.

**Tabla 4.**

*EsDQOL Dimensión de Preocupación Social/Vocacional*

<b>Preocupación social / vocacional</b>	<i>f</i>	%
muy satisfechos	56	56.0
bastante satisfechos	37	37.0
algo satisfechos	5	5.0
poco satisfechos	2	2.0
Total	100	100.0

En la dimensión de preocupación relativa a la diabetes, el 62% están bastante satisfechos, el 2% están poco satisfechos.

**Tabla 5.**

*EsDQOL Dimensión de Preocupación Relativa a la Diabetes*

<b>Preocupación relativa a la diabetes</b>	<i>f</i>	%
muy satisfechos	19	19.0
bastante satisfechos	62	62.0
algo satisfechos	17	17.0
poco satisfechos	2	2.0
Total	100	100.0

El nivel de calidad de vida que tienen los pacientes con DM II atendidos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, nos muestra que el 82% se encuentra (bastante satisfechos), el 14% (muy satisfechos) y solo el 4% (algo satisfechos). Por lo que la calidad de vida es bastante satisfactoria.

**Tabla 5.**

*EsDQOL Dimensión de Nivel de Calidad de Vida*

<b>Nivel de Calidad de Vida</b>	<i>f</i>	%
muy satisfechos	14	14.0
bastante satisfechos	82	82.0
algo satisfechos	4	4.0
Total	100	100.0

## Capítulo IV

### 4. Discusión

El autor (Carrillo Pinto, 2020) de la ciudad de Guayaquil, Ecuador., menciona en su estudio que en los parámetros de calidad de vida la dimensión física 52%, dimensión psicológica 44% y la dimensión social 62%, en este estudio se encontró que en la dimensión física solo el 42% está activa, dimensión social se encuentran muy satisfechos con un 45% y en la dimensión psicológica el 46%. Se analizó que la muestra en el estudio en Ecuador es una población joven y en este estudio son adultos mayores, del cual se infiere que a menor edad mayor actividad física y por consecuencia muestran una mejor calidad de vida.

En Pachuca Hidalgo, México, los autores (Reyes, Tolentino, Guzmán y col's, 2019), en su investigación, los resultados indican que los niveles más altos de CV se reflejaron en las dimensiones de preocupación por aspectos sociales y vocacionales, satisfacción con el tratamiento e impacto con el tratamiento; mientras que las dimensiones más afectadas fueron el bienestar general y la preocupación acerca de los efectos futuros de la DM. Así mismo, se comprobó que existe una relación moderada, positiva y estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el impacto negativo del tratamiento. En el estudio se encontró que los niveles más altos de calidad de vida se reflejaron en las dimensiones de bienestar general 82% (bastante satisfechos), impacto con el tratamiento 81% (casi nunca), la preocupación relativa a la diabetes 62% (casi nunca), preocupación social y vocacional 56% (nunca), satisfacción con el tratamiento 54% (bastante satisfechos).

En Lima, el autor (Carranza, 2020), con su investigación tienen como datos generales que en su mayoría el 57% de sexo femenino, el 42% de estos pacientes tienen entre 50 a 59 años, con

un 45% con grado de instrucción secundaria, en la calidad de vida relacionado con la salud obtuvieron una calidad de vida regular con el 51%; en lo que respecta a las dimensiones satisfacción y preocupación social y vocacional los pacientes obtuvieron una CV alto, en la dimensión impacto los pacientes obtuvieron una calidad de vida regular con un 58%, y finalmente en la dimensión preocupación relativa a la diabetes los pacientes obtuvieron una calidad de vida bajo con un 44%. En nuestra investigación tenemos en su mayoría el 53% de sexo masculino, el 64% de estos pacientes tienen entre 65 a 70 años, con un 36% con grado de instrucción secundaria, y en la calidad de vida relacionado con la salud obtuvieron una calidad de vida bastante satisfactoria con el 82%; en la dimensión impacto los pacientes obtuvieron una calidad de vida alto con un 81% (casi nunca), preocupación social / vocacional los pacientes obtuvieron una calidad de vida media con un 56% (nunca), en la dimensión preocupación relativa a la diabetes los pacientes obtuvieron una calidad de vida medio alto con un 62% (casi nunca) y finalmente en lo que respecta a la dimensión de satisfacción obtuvieron una calidad de vida media con un 54% (bastante satisfechos).

El autor (Marchena, 2021) en su investigación, el 60% de pacientes con DM II de la zona Lima-Norte, presentan un nivel de CVRS media. Se pudo evaluar que en la dimensión satisfacción el 71,25% presenta un nivel medio, en la dimensión impacto el 53.75% presenta nivel medio, en la dimensión preocupación social/ vocacional el 57,5% representa un nivel bajo y en la dimensión preocupación relativa a la diabetes el 50% muestra un nivel bajo. En nuestra investigación, presentan un nivel de calidad de vida alta con 82% (bastante satisfechos). Se puede ver que en la dimensión satisfacción el 54% (bastante satisfechos) presenta un nivel medio, en la dimensión impacto el 81% (casi nunca) presenta nivel alto, en la dimensión preocupación social/

vocacional el 56% (nunca) representa un nivel medio y en la dimensión preocupación relativa a la diabetes el 62% (casi nunca) muestra un nivel medio.

Los autores (García, Campos, Fuentes, Fuentes, 2021), Universidad de Guanajuato. Se identificó que el 80.8% de los participantes no es adherente al tratamiento, siendo el sexo femenino el que menos se adhiere al tratamiento. Para el nivel de CV se reportó que el 73.96% de la población estudiada tiene una CV buena. Se documentaron niveles altos de no adherencia al tratamiento y se reportó un nivel alto en cuanto a la CV. En nuestra investigación, Se mostró que el 47% de los participantes el sexo femenino es el que menos se adhiere al tratamiento. Para el nivel de CV se mostró que el 72% de la población con grados académicos tienen una CV bastante satisfactoria o buena.

#### **4.1 Limitaciones**

En las limitaciones que surgieron durante esta investigación, falta de participación de los pacientes, por temor a ser evidenciados, por desconocimiento del padecimiento, falta de empatía a su propio padecimiento, falta de interés personal, falta de conciencia en su enfermedad.

#### **4.2 Conclusiones**

Los pacientes con DM II atendidos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, en la calidad de vida relacionado con la salud obtuvieron una calidad de vida bastante satisfactoria; en lo que respecta a las dimensiones satisfacción y preocupación social / vocacional, dieron un resultado de calidad de vida bastante satisfactoria, en la dimensión impacto los pacientes obtuvieron una calidad de vida alto y finalmente en la dimensión preocupación relativa a la diabetes los pacientes obtuvieron una calidad de vida alto. El mayor porcentaje de pacientes con DM II, atendidos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco, tienen una calidad de vida (bastante satisfactoria).

### **4.3 Recomendaciones**

Se recomienda al personal de salud poder brindar pláticas educativas, y promocionar la buena calidad de vida. El personal de salud debe poner gran interés en los programas de educación para poder educar a los pacientes, las cuales tienen que ser dirigidas a la población que se encuentra en riesgo, de esta manera se pueda reducir las complicaciones que llega a presentar esta patología, se recomienda talleres sobre alimentación saludable, actividades físicas, etc. Por la importancia del tema sobre la calidad de vida de pacientes con DM II, se sugiere seguir realizando investigaciones más amplias, puede ser agregando dimensiones que nos ayudaran a conocer más a fondo las circunstancias que nos lleva a una mala calidad de vida.

## Bibliografía

Carrillo Pinto, A. L. (25 de enero de 2020). *Repositorio Digital UCSG*. Obtenido de

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15320>

Carrillo, A. (19 de Septiembre de 2020). Obtenido de <http://201.159.223.180/handle/3317/15320>

Definicionabc. (Nov. de 2022). Obtenido de <https://www.definicionabc.com/social/calidad-de-vida.php>

García Pérez Viridiana, C. M.-J. (2021). *UGTO.MX*. Obtenido de

<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/download/3250/2751/10699>

Gardey, J. P. (2019). *Definición*. . Obtenido de <https://definicion.de/localidad>

INAPAM. (27 de Agosto de 2021). Obtenido de

<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS%20la%20calidad%20de%20vida%20es%3A&text=Es%20un%20concepto%20de%20amplio,%E2>

INEGI. (2022). Obtenido de <http://inegi.org.mx >aproposito >2022>

[>EAP\\_DIABETES2022.docx](http://inegi.org.mx >aproposito >2022 >EAP_DIABETES2022.docx) -inegi

Intoleranciadiario. (2021). Obtenido de

<https://intoleranciadiario.com/articles/salud/2022/11/14/1004285-puebla-primer-lugar-nacional-en-muertes-por-diabetes-en-2021-inegi.html>

Karina Reyes, F. T. (2019). Obtenido de

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4823/6867>

Makingdiabeteseasier.com. (2021). Obtenido de

<https://www.makingdiabeteseasier.com/es/diabetes-explicada/diabetes/panorama->

mundial-diabetes-

2021#:~:text=Diabetes%3A%20la%20situaci%C3%B3n%20mundial%20en%202021&text=Seg%C3%BAn%20las%20estimaciones%2C%20en%202021,edad1%2C%20p.30.

makingdiabeteseasier.com. (18 de Abril de 2020). Obtenido de

<https://www.makingdiabeteseasier.com/es/diabetes-explicada/diabetes/2020-cifras-de-diabetes-en-europa-y-en-el-mundo>

Marchena Guzmán, E. L. (Febrero de 2021). *uwiener.edu.pe*. Obtenido de

<https://hdl.handle.net/20.500.13053/5845>

Pérez, M. (1 de Septiembre de 2021). *concepto definición*. Obtenido de

<https://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>.

Reyes Jarquína, F. T. (2019). *uaeh.edu.mx*. . Obtenido de

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive>

Rodríguez, D. (26 de Mayo de 2021). *concepto definición*. Obtenido de Rodríguez, D. (26 de

Mayo de 2021). *concepto definición*. Obtenido de Rodríguez, Dangeolo. (Última edición: 26 de mayo del 2021). Def <https://conceptodefinicion.de/diabetes/>.

Santos, E. D. (2019). *Indicadores de calidad de vida*. Obtenido de

<https://parquesalegres.org/biblioteca/blog/indicadores-de-calidad-de-vida/>

Significados. (2019). *significados*. Obtenido de <https://www.significados.com/autoeficacia/>.

Varillas Carranza, B. M. (2020). *edu.pe*. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12970/525>

Varillas, B. (2020). Obtenido de <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/525>

## 4.5 Apéndices

## Apéndice “A” Cedula de Datos

<b>Cédula de Datos</b>	
<b>Fecha:</b>	<b>Iniciales del Nombre:</b>
<b>Edad:</b>	<b>Fecha nacimiento:</b>
<b>Domicilio:</b>	
<b>MARQUE CON UNA “X” LA CASILLA QUE CORRESPONDA.</b>	
<b>Sexo:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<b>Antecedentes Clínicos:</b> Hipertensión <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Otra(s):
<b>Tiempo de diagnóstico de DM II:</b>	<b>Tratamiento:</b> Oral <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> <b>Medicamentos:</b>
<b>Alergias:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A:	<b>¿Lleva alguna dieta?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>¿Cuál?:</b>
<b>Tabaco:</b> Nunca <input type="checkbox"/> Exfumador <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/>	<b>Alcohol:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Realiza algún ejercicio:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Casi nada <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderar <input type="checkbox"/> Vigoroso <input type="checkbox"/>	
<b>Grado escolar:</b> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Carrera téc. o Lic. <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>	
<b>Consumo de algún suplemento:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>¿Cuál?:</b>	

### Apéndice “B” Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por el Sr. Miguel Alejandro Rocha Rosete, para obtener el grado académico de Licenciado en Enfermería. El objetivo del estudio es: Evaluar la calidad de vida de pacientes con DM II atendidos en el Centro de Salud Urbano de Atlixco. Si usted accede a participar, se le pedirá responder el instrumento específico para la calidad de vida en pacientes diabéticos, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. La participación es voluntaria. Así mismo la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez transcritas las respuestas a una base de datos, las pruebas se destruirán. De tener alguna consulta adicional sobre la investigación y del rol que cumplirá durante su participación en este estudio, puede contactar al correo electrónico: [rocha.miguel53@gmail.com](mailto:rocha.miguel53@gmail.com). Se le agradece su valiosa participación.

Miguel Alejandro Rocha Rosete \_\_\_\_\_

Yo (nombres y apellidos) \_\_\_\_\_

- He leído la ficha de consentimiento informado y estoy de acuerdo con lo que allí se indica.

- He recibido información necesaria sobre la presente investigación.

- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme si así lo deseo, aunque no haya respondido del todo los instrumentos, sin que eso me perjudique.

- Comprendo que los datos obtenidos son confidenciales.

- Expreso libremente participar en esta investigación.

Firma del participante

---

**Apéndice “C” Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus  
(EsDQOL) modificado**

**Satisfacción**

**1. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**2. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones?**  
1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**3. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?**  
1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**4. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**5. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**6. ¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**7. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**8. ¿Está usted satisfecho con su sueño?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**9. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**10. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**11. ¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**12. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**13. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**14. ¿Está usted satisfecho con su tiempo libre?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

**15. ¿Está usted satisfecho con su vida en general?** 1) muy satisfecho, 2) bastante satisfecho, 3) algo satisfecho, 4) poco satisfecho, 5) nada satisfecho.

### **Impacto**

**16. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?**  
1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**17. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**18. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**19. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

- 20. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 21. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 22. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 23. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 24. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. ej., máquina de escribir)?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 25. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 26. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 27. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 28. ¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 29. ¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre
- 30. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al cuarto de baño más que los demás?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**31. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**32. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**Preocupación: social/vocacional**

**33. ¿Con qué frecuencia le preocupa si se casará?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**34. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**35. ¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**36. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**37. ¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?**

1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**38. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**39. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**Preocupación relacionada con la diabetes**

**40. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**41. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**42. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?**

1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**43. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?** 1) nunca, 2) casi nunca, 3) a veces, 4) casi siempre, 5) siempre

**ANEXO  
1** **EsDQOL  
modificado**
**Satisfacción**

1. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?
2. ¿Está usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones?
3. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?
4. ¿Está usted satisfecho con su tratamiento actual?
5. ¿Está usted satisfecho con la flexibilidad que tiene en su dieta?
6. ¿Está usted satisfecho con la carga que supone su diabetes en su familia?
7. ¿Está usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?
8. ¿Está usted satisfecho con su sueño?
9. ¿Está usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?
10. ¿Está usted satisfecho con su vida sexual?
11. ¿Está usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?
12. ¿Está usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?
13. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?
14. ¿Está usted satisfecho con su tiempo libre?
15. ¿Está usted satisfecho con su vida en general?

**Impacto**

16. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?
17. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?
18. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?
19. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?
20. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir?
21. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?
22. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?
23. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?
24. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. ej., máquina de escribir)?
25. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?
26. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?
27. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes?
28. ¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?
29. ¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?
30. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al cuarto de baño más que los demás?
31. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?
32. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?

**Preocupación: social/vocacional**

33. ¿Con qué frecuencia le preocupa si se casará?
34. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos?
35. ¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?
36. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?
37. ¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?
38. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo?
39. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?

**Preocupación relacionada con la diabetes**

40. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?
41. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?
42. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?
43. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?