

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL**



**AUTOPERCEPCIÓN DE SU CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL  
POLICLÍNICO AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO DE LA CIUDAD DE  
LAMBAYEQUE, 2019**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en  
Psicología**

**TESISTA**

**BACHILLER: DÁVILA PÉREZ, VIRGINIA**

**ASESOR**

**Mg. BENITES MORALES, LUIS ALFREDO**

**LAMBAYEQUE - PERÚ**

**2022**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo es dedicado con profundo amor a mis padres Germán Dávila y María Eugenia Pérez, que me guían y protegen desde el cielo, a mis hijos y familia por su apoyo moral e incondicional, los mismos que me impulsaron a seguir adelante en esta nueva experiencia.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por todas las bendiciones otorgadas en el transcurso de mi vida, brindarme la capacidad y fortaleza para seguir luchando en el día a día, a fin de alcanzar mis metas; a mis maestros y asesores, con especial gratitud al Mg. Benites Morales, Luis Alfredo; quienes me brindaron las herramientas y conocimientos en el proceso de mi formación académica y que me servirán en esta nueva etapa de vida profesional.

## ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenido .....	iv
Índice de tablas .....	vii
Índice de figuras .....	viii
Índice de anexos .....	ix
RESUMEN .....	x
ABSTRACT .....	xi
INTRODUCCIÓN .....	xii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>15</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	15
1.2. Identificación y formulación del problema .....	17
1.3. Objetivo de la investigación .....	18
1.3.1. Objetivo general .....	18
1.3.2. Objetivos específicos.....	18
1.4. Justificación y viabilidad de la investigación .....	19
1.5. Delimitación del estudio .....	20
1.6. Limitaciones de la investigación.....	20

<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	21
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	21
2.2. Bases teóricas .....	26
2.2.1. Bases históricas .....	26
2.2.2. Bases teóricas .....	32
2.3. Formulación de la hipótesis .....	46
2.3.1. Hipótesis general.....	46
2.3.2. Hipótesis Específicas .....	46
2.4. Operacionalización de variables e indicadores .....	47
2.4. Definición de términos básicos .....	49
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b> .....	51
3.1. Tipo y nivel de investigación .....	51
3.2. Diseño de la investigación .....	51
3.3. Población y muestra de la investigación .....	51
3.3.1. Población.....	52
3.3.2. Muestra.....	52
3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos .....	52
3.5. Técnicas para el procesamiento de datos.....	53
3.6. Aspectos éticos.....	54

<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>56</b>
4.1. Presentación de resultados.....	56
4.2. Contrastación de hipótesis.....	62
4.3. Discusión de resultados .....	64
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>67</b>
5.1. Conclusiones .....	67
5.2. Recomendaciones .....	68
REFERENCIAS.....	69
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>

## Índice de tablas

Tabla 1. <i>Calidad de vida según su dominio</i> .....	48
Tabla 2. <i>Nivel de calidad de vida en pacientes adultos mayores con DM 2 según sexo</i> .....	56
Tabla 3. <i>Calidad de vida en pacientes adultos mayores del PAGES con DM 2 - dimensión física</i> .....	58
Tabla 4. <i>Nivel de calidad de vida en pacientes del PAGES con DM 2 - dimensión psicológica</i> .....	59
Tabla 5. <i>Nivel de calidad de vida de pasientes del PAGES con tratamiento de DM 2 según relaciones sociales</i> .....	60
Tabla 6. <i>Nivel de calidad de vida de pasientes del PAGES con DM 2 según su entorno</i> .....	61

## Índice de figuras

Figura 1. Nivel de calidad de vida de los adultos mayores con DM2 según sexo .	57
Figura 2. Calidad de vida de acuerdo a la dimensión física y sexo.....	58
Figura 3. Calidad de vida conforme a su dimensión psicológica y sexo. ....	59
Figura 4. Calidad de vida del adulto mayor del PAGS, de acuerdo al sexo y dimensión relaciones sociales.....	61
Figura 5. Nivel de calidad de vida de acuerdo al sexo y dimensión entorno .....	62



## Índice de anexos

Anexo 1 . Matriz de consistencia interna “Auto percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque” .....	78
Anexo 2. Matriz de operacionalización de las variables .....	82
Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos (cuestionario WHOQOL-BREF). 83	
Anexo 4. Confiabilidad y validez de los instrumentos .....	86
Anexo 5. Carta de aceptación para la aplicación de los instrumentos .....	88
Anexo 6 . Base de datos “Tabla de distribución de datos cuestionario WHOQOL-BREF” .....	89
Anexo 7. Consentimiento informado .....	90
Anexo 8. Declaración de confidencialidad .....	91
Anexo 9. Evidencias fotográficas .....	92
Anexo 10. Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus Tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la Ciudad De Lambayeque.....	94
Anexo 11. Dominios niveles y rangos del cuestionario WHOQOL-BREF .....	95
Anexo 12. Confiabilidad del Instrumento WHOQOL-BREF .....	96

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue describir la auto percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, por lo que se empleó el instrumento de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Por medio de él se puede estimar la percepción de satisfacción del sujeto respecto a su calidad de vida, en las dimensiones psicológica, físicas, social, y de entorno. El estudio se elaboró con 50 participantes obteniendo una media de edad de 63.82 años y una calidad de vida promedio de 56.66. En cuanto al entorno social, se puede inferir que los pacientes dentro del área de estudio no se sienten valorados, con posibles reducciones de sus capacidades al no contar con ambientes donde puedan ejercitar tanto sus capacidades motoras como cognitivas; lo más resaltante fue que la tendencia sugiere una inconformidad en la dimensión de entorno.

**Palabras Clave:** Calidad de Vida, WHOQOL-BREF, diabetes mellitus, adulto mayor

## **ABSTRACT**

The objective of the research was to describe the self-perception of quality of life and adherence to treatment in adult patients with type II diabetes mellitus, of the Agustín Gavidia Salcedo Polyclinic of the city of Lambayeque, for which the Quality of Life instrument was used. WHOQOL-BREF life. Through it you can estimate the perception of satisfaction of the subject regarding their quality of life, in the psychological, physical, social, and environmental dimensions. The study was conducted with 50 participants obtaining an average age of 63.82 and an average quality of life of 56.66 With regard to the social environment, it can be inferred that patients within the study area do not feel valued, with possible reductions in their abilities by not having environments where they can exercise both their motor and cognitive abilities; the highlight was that the trend suggests a disagreement in the environment dimension

**Keywords:** Quality of Life, WHOQOL-BREF, diabetes mellitus, older adult.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano no reflexiona acerca de las etapas de la vida que está viviendo y que le faltan por vivir, principalmente se enfoca en el presente sin prever el futuro, sin considerar que con la edad, la participación en la sociedad se va devaluando y rezagando, los adultos mayores principalmente quedan excluidos y a la vez reclusos en el ámbito familiar, quedando en muchos casos a cargo de velar por el hogar, la crianza y educación de los nietos, olvidando aspectos importantes de su cuidado personal, como lo son la alimentación, la salud física, emocional y social. Por otra parte, los mayores que aún se encuentran laborando en entidades públicas, son aislados o asignados a trabajos de archivo o donde no implique la toma de decisiones y relegados a un solo espacio.

En una instancia la expresión “Calidad de Vida” como señala Arostegui en Torres (2010) aparece en debates públicos con la preocupación por el medio ambiente y el deterioro de la vida de los medios urbanos. En las décadas 50 e inicios de los 60, surge el interés por la investigación en torno a la tranquilidad del ser y los efectos de la industrialización; empieza una necesidad de obtener datos objetivos y medidas de la realidad; desarrollándose en las ciencias sociales indicadores que permitirían extraer datos y sucesos vinculantes al estado de bienestar de la población.

En Gómez & Sabeh (1995) como se citó en Calderón Granja & Zapata Jácome(2013) mencionan que; los indicadores sociales perfeccionados en los años 70 y inicios de los 80 modificaron el concepto de calidad de vida, integrandolo con carácter mutidimensional ; haciendo referencia a las áreas de la vida que involucran tanto aspectos subjetivos como objetivos; estructurado por conceptos de felicidad,salud y bienestar.

En los conceptos estudiados sobre calidad de vida, es clara la influencia inter disciplinaria, aproximaciones en conjunto de diversas disciplinas (naturales, sociales, médicas, psicológicas) que han aportado al concepto. En el estudio y definición se engloban múltiples enfoques para determinar este concepto; asociándolo con el estilo

de vida y con estados físicos y emocionales; Uno de los objetivos de la psicología gerontológica es el diagnóstico, promover la buena salud, intervención y rehabilitación, con los cuidados y observaciones que esto implica, tanto en individuos sanos como en estados delicados (González & Celis, 2005).

Los factores involucrados (físicos, psicológicos, socioeconómicos) se relacionan de forma compleja; influenciando en la calidad de vida en los adultos mayores; siendo necesario esfuerzos multidisciplinarios coordinados que funcionen en conjunto (Oblitas, 2007).

De manera general se concluye que a mayor independencia y participación dentro de un entorno tranquilo los adultos de la tercera edad auto perciben que el estado de bienestar en su vida es bueno (Vera, 2007).

Este trabajo describe al adulto mayor en su realidad, como primer capítulo; así como los cambios biológicos, psicosociales asociados a esta edad y al medio, la motivación para realizar este estudio y los objetivos que pretendemos lograr con el mismo. En el segundo capítulo se describen los antecedentes del trabajo de investigación realizado; la calidad de vida en personas mayores, estudios realizados sobre la ancianidad, gerontología de la vejez y la salud. En los capítulos siguientes se describe la metodología, los objetivos que persigue esta investigación, el tipo de estudio y se detalla el instrumento de medición utilizado. Para terminar, se presentan los resultados del análisis de la investigación, las conclusiones y sugerencias respectivamente. Los resultados muestran que el grupo de personas investigadas, debido a su deterioro físico y cognitivo, se sienten limitados en su interacción con otros, perciben que aún tienen la capacidad, habilidad y deseo para desempeñar actividades cotidianas, que no requieran de grandes esfuerzos. Se sienten poco apoyados emocional y económicamente por sus familias, por lo que se sienten solos o aislados; correspondiendo a las observaciones obtenidas para los 50 adultos mayores inmersos en este estudio, siendo así que; de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II el

34% tienen una autopercepción de la calidad de vida en un nivel bajo, el 52% en un nivel medio y 14% en un alto nivel.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática

El tiempo y los años nos presentan situaciones que son inevitables para todo ser humano, por ejemplo, el envejecimiento. Todos envejecemos con el tiempo y esto es independiente de nuestras características individuales o de nuestro medio social; en el cuál, pasamos a experimentar conscientemente un proceso natural biológico.

La adultez mayor o ancianidad, es la etapa de la vida en el cual se necesita potenciar las emociones y las capacidades físicas; lo que permitirá un desarrollo armónico y equilibrado del adulto mayor y su personalidad, traduciéndose en un estado de salud psicofísico favorable que posibilita la moderación o eliminación de hábitos dañinos, que ocasionan enfermedades producidas por desequilibrios emocionales. También favorece al entusiasmo o motivación que le permite acercarse a lo agradable, alejarse de lo desagradable, logrando un mejor desarrollo de sus relaciones interpersonales.

El objetivo del presente trabajo trata sobre la percepción social que tienen sobre sí mismos los adultos mayores con DM tipo II, ya que gran parte de esta población se encuentra olvidada. La mayor parte de las personas niegan el hecho de llegar a esta edad, ancianos, abuelos o jubilados.

Los adultos mayores en la actualidad son víctimas de maltratos, pobreza, abandono y soledad; se les niega expresar sus emociones, pensamientos y son motivo de burla cuando lo hacen, se les restringe la integración social, tal parece que los ancianos ya no son aceptados en un mundo de innovadores y consumidores. En este marco cultural, el envejecimiento se muestra como toda una desventaja o carga social.

En nuestro país, evidenciamos que los vínculos familiares tradicionales se están perdiendo debido la emigración y el desarrollo de las urbes. Situación que agudiza la

condición de los adultos mayores, quienes sufren marginación frecuentemente por la familia misma, considerándolos como una carga que no aporta ningún beneficio. Esta manera de pensar se manifiesta como un rechazo hacia ellos, a un más si consideramos que a esta edad disminuyen las facultades tanto físicas como mentales de las personas lo que incrementa su condición de vulnerabilidad. La responsabilidad que se debe tener por los adultos mayores está desapareciendo, en especial, en las ciudades. Su espacio se reduce a la interacción familiar, así como social. El rol del adulto mayor en muchas zonas rurales, a causa de la emigración de los padres en busca de trabajo, son los adultos mayores los que quedan a cargo del hogar familiar y se ven en la necesidad de trabajar para salir adelante.

En la actualidad la mayor parte de las personas mayores de sesenta años no poseen con un ingreso adecuado que les asegure una vida decente, incrementando de esta manera su vulnerabilidad. En el Perú observamos a un gran número de ancianos viviendo en las calles en total desamparo, en muchas ocasiones debido al incremento de la pobreza ocasionada por una jubilación anticipada y mal remunerada asimismo la inadecuada asistencia social por parte de las autoridades.

Nuestra sociedad tiene una idea herrada sobre la población de la tercera edad. Se cree que los ancianos que viven con sus familias gozan de bienestar y protección. Sin embargo, la mayoría de los peruanos escasamente cuentan con los recursos adecuados destinados a atender las necesidades particulares y propias de un adulto mayor, situaciones que degenera diferentes tipos de maltrato, discriminación y violencia; adoptando actitudes que denigran la dignidad del adulto mayor de manera física y psicológica, ya sea de manera verbal, o aislándolos de los demás, encerrándolos y dejarlos sin comer. A todo esto, sumamos el estado de abandono. Estas son actitudes cada vez más frecuentes que vulneran la dignidad de los adultos mayores.

Lo precedente permite vislumbrar la importancia de este trabajo de investigación, de comprender la autopercepción que tienen las personas adultas de la



tercera edad sobre su calidad de vida, especialmente aquellos que padecen diabetes mellitus tipo dos del “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo” (PAGS) de la ciudad de Lambayeque. A fin de tomar consciencia y acciones sobre las necesidades psicofísicas, lo que permitirá proporcionar un aporte útil para enriquecer su calidad de vida.

## **1.2. Identificación y formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

1. ¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en su dimensión física en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo” de la ciudad de Lambayeque, 2019?
2. ¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en su dimensión psicológica en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019?
3. ¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en su dimensión relaciones sociales en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019?
4. ¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en su dimensión de su entorno en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019?

### **1.3. Objetivo de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la autopercepción sobre su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Identificar la autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión física en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019.
2. Identificar la autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión psicológica en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019.
3. Identificar la autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión relaciones sociales en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019.
4. Identificar la autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión entorno en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019.

#### **1.4. Justificación y viabilidad de la investigación**

La vejez constituye un problema social que debe ser atendido, en cuanto en esta etapa experimentan cambios psicofísicos, sumados a estados de escasas económicas y desamparo socio familiar.

Nuestro objetivo es analizar cuál es la autopercepción de la CV en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, mediante una investigación social de tipo *básico* con la finalidad de contribuir y ampliar conocimientos en esta materia. También permitirá comprender mejor la problemática social de los pacientes mayores respecto de su estado de bienestar desde diferentes aspectos.

Entorno a la sociedad se presentan situaciones que alarman a los profesionales ya que los adultos mayores presentan un deterioro mental y físico, también presentan inadecuada integración en su entorno familiar, en sus funciones y roles como miembros activos. El cambio generacional social y tecnológico al que se enfrentan a esta edad deben ser herramientas propicias de motivación y ayuda para enriquecer la calidad de vida; integrándolo a la familia, compartiendo experiencias; respetando su estilo de vida. Los aportes que los mayores podrían brindar a esta sociedad son invaluable, se puede decir que hay una pérdida enorme de información y experiencia que se debe canalizar.

Es por eso que el presente estudio pretende aportar resultados que permitan desarrollar actividades, herramientas que respondan a las necesidades y dificultades que las personas en esta etapa de la vida afrontan, las cuales deben coadyuvar a mejorar el trabajo y apoyo que se les brinda, enlazándolos al sistema activo de la sociedad. En este entorno, la viabilidad de la investigación es procedente, dado que la institución del PAGS, cuenta con un programa de apoyo en el área de psicología del adulto mayor, inmersos así también aquellos pacientes con DM2.

### **1.5. Delimitación del estudio**

El presente estudio se desarrolló para determinar la autopercepción del nivel de calidad de vida que tienen los pacientes adultos mayores o también llamados de la tercera edad, adscritos al “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque “en especial haciendo énfasis en los que tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo II en tratamiento; se ha considerado realizar el estudio con una muestra de 50 adultos mayores de la población total, diagnosticados con diabetes mellitus tipo II del “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque”.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

Al respecto las limitantes fueron mínimas como el factor tiempo en casos puntuales de algunos participantes por ocupaciones personales y otros por presentar dificultades de movilidad o acompañamiento.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación**

##### **2.1.1. Nacionales**

Caballero P y Soto C (2017) en su estudio médico denominado “Factores Asociados a Bajo Nivel de Calidad de Vida Relacionado a Salud en Pacientes con Diabetes” realizado en el Hospital Nacional Almanzor A. A de Chiclayo, el cual tuvo como objetivo puntualizar los factores que se asocian la CVRS en pacientes con DM2; utilizó el instrumento Diabetes 39 (D 39), que consta de 39 ítems contenidos en 5 dimensiones; aplicandoló a una muestra de 132 pacientes mayores, donde el 53% de éstos fueron varones; asimismo en los pacientes con exceso de peso el 84,2% fueron varones; en tanto que el 77% presentó glicemia elevada donde los hombres obtuvieron la mayor concentración de esta (47.7%). De los encuestados 110 obtuvieron una CV global baja, donde el 54,54% fueron de sexo masculino. Concluyendo que hay una asociación estadística significativa entre la edad, y la glicemia con el nivel de CV; siendo que a mayor edad y nivel de glucosa en sangre, menor es la CV en estos pacientes; evidenciando una menor CV en pacientes varones.

Hernandez, Chávez y Yhuri (2016) en su estudio desarrollado en Huarochirí Lima, describen: Se evaluaron 240 PAM del área urbana y 207 PAM residentes en áreas rurales. Donde al encontrar variaciones relevantes, se procedió a evaluar con un tratamiento de datos diferenciando por edad, sexualidad, rango de formación, estado civil conyugal y estado laboral. Dados éstos ajustes se observó que la asociación en el cuestionario WHOQOL-BREF, la PAM rural obtuvieron mayores valores de CV, (exceptuando a la D. Relaciones sociales), puntajes favorables por encima de la PAM que residen en área urbana; resultando que en las dimensiones (física; psicológica y medioambiente) obtuvieron (8.4; 6.9; 7.8) puntos más respectivamente. Con medias en la PAM rural de (63.9; 62.4; 49.1; 54.3) y en PAM

urbano (53.4; 57.1; 50.0; 50.1) respectivamente en cada dominio (físico, psicológico, relaciones sociales, medioambiente). Estos valores obtenidos son coherentes con otros trabajos; destaca que en el área rural las personas mayores de sesenta años tienen una mejor condición de salud física y mental, dado que sus actividades cotidianas involucran actividades físicas que fortalecen su salud y bienestar mental. Todas las dimensiones mostraron una consistencia interna de Cronbach mayor a .70.

Manrique (2014) en su tesis sobre la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) y esperanza de adultos mayores utilizando el temario SF-36 que evalúa la salud (versión en español) y la escala de esperanza de Herth Revisada HHS-R; con una muestra compuesta por 48 personas de edad avanzada de 65 a 85 años. Se consideró aplicar los cuestionarios a 48 adultos mayores de un hogar geriátrico de Lima Metropolitana. De los resultados infieren que hay una mejor CVRS en el área mental y diferenciados según sexo y edad; el nivel económico, la tenencia de pareja y el tiempo de estadía en el hogar. El factor esperanza es el más elevado en el aspecto espiritual y la desesperanza es el menor. Se hallaron interacciones relevantes vinculados a los factores de esperanza y las dimensiones CVRS con énfasis con el factor psicológico.

Tremolada (2017) basó su investigación en torno al vínculo existente del nivel de calidad de vida en relación con la salud (CVRS) y el sentido de coherencia (SOC), considerando para ello a un conjunto de 40 adultos con edades sobre los sesenta años 24 hombres y 16 mujeres, de un centro geriátrico de Lima, utilizó los instrumentos SF-36, para CVRS y el cuestionario SOC- 29, para medir SOC. En esta investigación se realizó el método de entrevista y cuestionario; los resultados demostraron que la percepción de su salud de los participantes era muy buena, en este sentido la salud mental arrojó mayores resultados con una media de 71.4.

Romero (2015), en su estudio efectuado en Lima; donde la finalidad de esta investigación fue relacionar la percepción de enfermedad con la medida de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); se consideró la aplicación de los cuestionarios

IPQ-R a 44 pacientes que adolecen de diabetes mellitus tipo dos, para las percepciones de la enfermedad y SF-36 para medir la CVRS de los mismos; encontrándose que las percepciones con bajo control de las personas afectadas con DM 2, con las respuestas negativas en lo sentimental y el concepto de que la enfermedad tiene mayores consecuencias sobre la vida, se asociaban a una menor calidad de vida en sus diversas dimensiones. Los coeficientes de confiabilidad para el SF-36 alcanzaron valores superiores 0.80 todas sus 8 dimensiones. Los resultados para el SF-36 en la mayoría de dimensiones presentaron puntajes superiores a 60 concluyeron que los índices globales físicos (74.1), mentales con (71.9) y sociales (75.9) en estos pacientes tienen un buen estado, observándose una conservadora CVRS; siendo el porcentaje de participantes mas relevantes según las funciones; 75% función física, en lo social 77.30% y en la mental el 70.5%. De igual forma que la percepciones de la diabetes, las emocionales negativas y el conocimiento que se tiene de la esta condición tiene una asociación directa con el deterioro de la CV en sus distintas dimensiones.

Llallahui, (2020), en su investigación sobre las propiedades psicométricas del WHOQOL BREF en una muestra de 300 PAM en la ciudad de Lima; obtuvo la validación del contenido del instrumento mediante la V. de Aiken, la confiabilidad encontrada con el Omega de McDonald fue de 0.846 en la escala general y según dominio (físico, 0.89; psicológico, 0.893; relaciones sociales,0.905, y entorno de 0.846), coincidiendo que el cuestionario tiene evidencias adecuadas para su aplicación, es decir es válido y confiable.

### **2.1.2. Internacionales**

En Quintanar (2010), en su investigación realizada en Tetepango, México; sobre la calidad de vida donde hace uso del instrumento WHOQOL-BREF, aplicado a 21 PAM, 7 hombres y 14 mujeres; concluyendo que la sociedad impone con frecuencia barreras al proceso de envejecimiento, por la competitividad laboral y al valor que se

le da a la persona adulta mayor en función de esta; siendo un ambiente no favorable para el envejecimiento tranquilo. Asimismo en el dominio físico encuentra que el 70% de los PAM del estudio presentan alguna enfermedad, teniendo una mediana de 22 en la escala; 22% en el nivel normal, 36% en la puntuación bastante. De acuerdo a los factores psicológicos; la relación directa entre la pérdida de roles y autoestima fue de un 60%. con una mediana de 25, la satisfacción se ubicó en un 34% en el nivel normal. En el dominio social la necesidad de comunicación fue la que alcanzó un 30%, con una mediana de 20 en la escala, 38% en nivel normal. En los elementos de la dimensión entorno mostraron que el 80% de los PAM se mostraron insatisfechos, con una mediana de 19 en la escala del instrumento, con el 45% en nivel normal de satisfacción; en lo que respecta a ingresos, medicamentos, apoyo comunitario, dificultad de acceso a recreación.

Mazacón (2017) en su investigación tuvo el propósito de obtener el nivel de calidad de vida en los adultos mayores de la provincia de Los Ríos- Ecuador. Conformando el estudio 297 adultos sobre los 60 años; a los que en sus domicilios se les aplicó el cuestionario SF-36 el que tiene como objetivo evaluar el estado de calidad de vida y salud de manera integral, así como en sus dimensiones de estado físico (desempeño, salud, vitalidad, dolor), dimensión (social, emocional y mental). El método empleado fue un estudio transversal bajo el diseño del enfoque es de tipo cuantitativo, descriptivo. En el estudio la mayor puntuación promedio en las dimensiones del cuestionario SF-36 fueron; desempeño emocional, desempeño físico y salud general. No se encontró diferenciación entre los sujetos evaluados, dado su estructura de atención integral de salud.

Casanova Moreno, Trasancos Delgado, Orraca Castillo, Prats Alvarez & Gómez Guerra (2010), en su proposición sobre calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz (Cuba); en donde el objetivo fue la valoración de algunos aspectos de la calidad de vida en estos pacientes. Para ello se estudiaron a noventa y un pacientes con diabetes tipo 2, aplicando una encuesta y temario de *perfil de calidad de vida en los enfermos crónicos (PECVEC)*. En este estudio se obtuvo que



hubo un preponderancia en pacientes de sexo XY (femenino); sobre todo en los diabéticos con mas de 10 años de diagnóstico, representando el (40.6%) de los encuestado, los cuales obtuvieron una valoración de 8.6 de reducción del estado de calidad de vida; las personas con hipertención arterial fueron las mas frecuentes, representando el 66%, con una valoración de 21.2; en tanto los pacientes con enfermedades cerebro vasculares (4.5%) y con otras enfermedades crónica no transmisible (38.5%) mostraron el mayor deterioro de su calidad de vida, siendo su valoración del 11.8 y 9 respectivamente; expresando el mayor deterioro de su calidad de vida. En términos generales en la valoración integral de la calidad de vida (en estados de ánimos positivos, negativos; capacidades psicológicas, físicas, función social y bienestar) obtuvieron una valoración del 16.22. Concluyendo que la atención primaria en salud de estos pacientes deben de incluirse en programas y actividades que contribuyan a obtener un mejor nivel de calidad de vida.

Rojas Gualdrón, y otros (2018) en su estudio sobre; Análisis Rasch Del WHOQOL-BREF en adultos mayores de Búcamanga y Manizales (Colombia), donde el objetivo fue de evaluación de la evidencias de estudio de forma unidimensional del instrumento en adultos mayores; fue aplicando a 510 adultos mayores elejidos en una muestra probabilística, mencionan que todos las preguntas se ajustaron adecuadamente al model Rash, asimismo un alto porcentaje de adultos mayores. Hallaron una consistencia interna de 0.92 y confiabilidad de 0.98 en los ítems. Concluyendo que es factible la obtención de un a medida unidimensional a nivel de intervalo de cv en adultos mayores a partir del instrumento, el cual está respaldado con suficientes datos para diversas fases de validez.

Encontramos también el estudio realizado en Chile por Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco, & Bunout (2010), el cual tuvo como objetivo un estudio psicométrico del instrumento, con un total de 1511 adultos mayores entre 70+/-8 años ; contón con la respectiva autorización del grupo WHOQOL de Barcelona (España). Este estudio incluyo que la adaptación cultural y lingüística, así como validez de constructo por medio de análisis factorial y evaluación de consistencia interna (con un

alpha de Cronbach de 0,88) y un rango de 0.74- 0.88 evaluadas por dimensiones. Concluyeron que las observaciones encontradas del instrumento ofrecen medidas fiables, con una estructura del modelo válido comparado con el modelo inicial de la OMS.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Bases históricas**

A lo largo de la historia los adultos mayores han sido considerados y valorados por su edad; en las siguientes líneas exponemos aspectos históricos de relevancia contextual sobre la consideración del adulto mayor y la comprensión del concepto “calidad de vida” (CV).

En nuestro país al referirnos al adulto mayor hacemos hincapié a la costumbre de llamarlos ancianos, abuelo, viejos, etc. Los relacionamos como personas quejumbrosas, achacosas, renegonas, chochas y entrometidas. Estas consideraciones están lejos de la realidad, puesto que para los investigadores y muchas organizaciones del adulto mayor tienen definiciones más acertadas.

Para la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001) caracteriza a un ser humano “mayor”, sea varón o mujer, como aquella que ostenta 60 años o más. En países desarrollados a esta edad todavía se les considera jóvenes, puesto que gozan de una buena salud y un nivel de vida idóneo. En países categorizados como sub desarrollados y en proceso de desarrollo las personas sexagenarias (más de 60 años) son el reflejo de una vida llena de necesidades y angustias, privadas de ventajas para una vejez saludable. Hay que reconocer que la edad cronológica no determina los cambios del envejecimiento.

A todo ser humano que ostenta 60 años a más, se le denomina indistinta persona de la tercera edad (OMS, 2001).

No obstante, hablar sobre los adultos mayores es hacer hincapié en el proceso natural de vida del ser humano, como parte de una secuencia dinámica e irreversible de factores biológicos, psicosociales y ambientales.

## **El adulto mayor en el Perú**

En nuestro país desde el año 2010 hasta el 2045, se estará manifestando el fenómeno conocido como “Bono demográfico”, que se refiere a la baja proporción de dependencia demográfica en la sociedad. En general esto es positivo, pues significa que existe en proporción menos personas dependientes solventadas por la población económicamente activa. Ya que significa que el bono demográfico nos permitirá contar con la economía necesaria para poder sostener a los adultos mayores, para ello la población económicamente activa debe contar con un empleo formal, que le permita obtener ingresos económicos necesarios, para cubrir los gastos de salud del adulto mayor y de los pensionados.

En la actualidad, observamos que de cada tres adultos mayores sólo uno tiene algún tipo de beneficio por vejez. Este tipo de cobertura no es suficiente, puesto que las afecciones propias de la edad, demandan tratamientos de salud muchas veces difíciles de costear. Del mismo modo solo los que han estado laborando en algún tipo de empresa formal, han podido acceder a prestaciones de vejez, debido a que el sistema de jubilación tiene una fuerte orientación de tipo contributiva para su acceso.

Según el Ministerio de la mujer y desarrollo social (2010), manifiesta que el suceso de envejecimiento en el Perú se desarrolla con características diferentes en el caso de hombres y mujeres. A causa de marcadas desigualdades estructurales, así los hombres que en la actualidad bordean los 60 años a más, alcanzaron diferentes niveles de educación, lo que les facultó poder conseguir una mejor posibilidad de insertarse en puestos laborales con mejores condiciones. Estos acontecimientos lograron que accedieran a trabajo formales; gracias a esta estabilidad laboral, en los

sucesivos años pudieron obtener derechos a prestaciones de jubilación, servicios sociales complementarios.

Mediante la Ley N° 30490 en su artículo único inciso (a), precisa: La finalidad del accionar público o privado debe promover y velar por la independencia, la dignidad, por el rol protagónico, autonomía y la realización individual de las personas en edad mayor, valorando el rol y contribución que tienen dentro de la sociedad y el desarrollo (Gobierno Nacional del Perú, 2016).

### **Evolución histórica del adulto mayor**

En las comunidades primitivas, los mayores de la tercera edad eran considerados seres extraordinarios fuera de lo común, ante los demás miembros de la comunidad, inclusive llegaron a ser objeto de veneración y vinculados con lo divino. Por otro lado, también pensaban que el anciano sufrió de algún mal que le produjo esa condición. Estas dos maneras de pensar de los grupos primitivos hicieron que a los ancianos se les marginara y que solo importaban por la sabiduría acumulada por la experiencia a través de los años.

En las civilizaciones griegas Esparta y Atenas se originaron dos modelos diferenciados de trato hacia el adulto mayor. Los espartanos tenían en alta estima a los ancianos a tal punto que formaban parte de la Gerusia, que era una forma de gobierno. Los atenienses por su lado consideraban la condición de los ancianos como ambivalente, en ocasiones aceptados en el gobierno (Areópago) y en otras rechazados. En otros estudios se menciona: Que en la antigüedad los filósofos griegos como Aristóteles y Platón, tenían conceptualizaciones sobre la ancianidad totalmente opuestas, así Platón conceptualizaba esta edad como aquella correspondiente a una etapa de sabiduría y de buena pericia, en tanto Aristóteles equiparaba esta etapa a una de declive y enfermedad del ser humano (Lledó, 1988).

Durante la república en Roma, los adultos mayores alcanzaron un florecimiento notable, pues ocupaban altas posiciones en lo social, político, económico y en la familia; debido a ello eran víctimas de burlas, desprecio y odio por parte de la juventud de la época. En este periodo de tiempo, surge el primer tratado filosófico sobre la tercera edad, de la mano del filósofo y político romano Marco Tulio Cicerón, cuya obra "De Senectute", es un canto a la vejez.

En la edad media, se vivió un periodo de oscurantismo científico, esto aunado a las epidemias, hambrunas y guerras, originaron que muy pocas personas alcanzaran la vejez. También, hay que considerar la falta de información bibliográfica que haga referencia a la situación de los ancianos en ésta época, todo esto nos da la perspectiva de que los adultos mayores, tenían un papel insignificante en la vida social del medio. Por otro lado, en este periodo de tiempo surgieron instituciones antecesoras a los asilos actuales, como las casas de retiro.

Con el Renacimiento, cambia la concepción del mundo, Dios deja de ser el centro de todo y su lugar es ocupado por el ser humano. A pesar de ello, las personas ancianas no son tenidas en cuenta; por el contrario, se exalta y se valora plenamente a la juventud. Durante este periodo se plantea la existencia del anciano como una condición ridícula, esto debido a sus características físicas de fealdad y decadencia.

Con la llegada de los siglos XVII y XVIII, la concepción filosófica antropocéntrica (teoría de la filosofía donde el ser humano es el centro de todo), sigue vigente. Pero esta concepción solo se aplicaría a los varones de la especie humana como sujetos de derechos, mas no se contempla en las mujeres, niños y ancianos, como sujetos dignos de consideración. Por otro lado, con la expansión del capitalismo y el ritmo de trabajo de mayor producción, dan origen a un tipo de discriminación hacia los ancianos por su rendimiento laboral, que acorde a su edad es menos eficiente que la de los jóvenes. Este tipo de discriminación degenera en la marginación de los ancianos y ello da origen a que sean encerrados en casas de retiro, donde también viven otros grupos segregados de la sociedad como vagabundos. En esta época, la vejez es considerada

como sinónimo de abandono; En última instancia la vejez en esta época, no solo es sinónimo de senilidad y exilio en soledad.

Por el siglo XIX, la condición de los sexagenarios se profundiza, situación deplorable que sale a la luz dadas las críticas sociales que se empiezan a vivir en este tiempo, contrastando las clases sociales y la condición en que se encuentran, por un lado, la clase pobre o marginados y del otro los adinerados o privilegiados.

En el siglo XX, con los avances en la biología, se empieza a tomar conciencia sobre las condiciones que sufren los adultos mayores. Con los inicios de la gerontología entre los años 1918 y 1945, da lugar a estudios más profundizados, sobre la población esta etapa de la vida de los adultos mayores de 60 años, que poco habían sido consideradas hasta entonces. Esta disciplina se encarga de estudiar a la vejez y el envejecimiento de una población, tocando aspectos tales como los psicológicos, sociales, económicos y culturales.

En 1982, se realizó la primera Asamblea global de las naciones unidas para el elaborar directrices sobre envejecimiento, es realizada en Viena, del 26 de julio al 6 de agosto del mismo año, estableciendo un plan internacional de acción conjuntas sobre el envejecimiento, con la finalidad de gestionar mejores condiciones para la vida de las personas adultas mayores, teniendo como objetivo mejorar la salud, relacionándolo con la nutrición, hogar, entorno, familia, bienestar social, economía, empleo y formación. Se puede destacar que este plan se encuentra vigente actualmente en muchos países. En 1991 esta asamblea incorporó los principios de las naciones unidas, en pro de los mayores de la tercera edad, los que describen dieciocho derechos de los mayores sexagenarios en relación a su libertad, relaciones sociales, atenciones, la realización individual autoestima. La ONU nombro el año 99 del siglo pasado cómo “Año Internacional de las Personas de Edad”. La celebración en este sentido del día de las personas de edad se establece el 1 de octubre de cada año (Naciones Unidas, 2018).

## Historia de la calidad de vida

En el último periodo del siglo XX, los investigadores han intentado dar respuestas científicas a la evaluación de la salud desde la percepción del usuario con respecto a ella. Los datos objetivos tradicionales han sido siempre los considerados por la medicina, pero ha ido tomando gran importancia la subjetividad que aportan los pacientes. En este sentido podemos decir que al mencionar la calidad de vida tiene múltiples connotaciones, los diferentes autores lo definen de la siguiente manera:

Desde el punto de vista psicológico de Andrews, & B. Withey (1978) sostienen que; la calidad de vida resulta de la evaluación y juzgamiento de la realidad contextual física, social e intrapersonal, realizada por el individuo.

En Andersson y Jasso (1980), citados por Baldi, Devia, & Giménez (2012) describen este estado de bienestar, como una medición tripartita constituida por bienestar psicosocial y físico; tal como es percibida por cada individuo o grupo. Estos autores manifiestan que los ejes elementales de esta definición vienen dados por la felicidad, la satisfacción con la vida y la tranquilidad.

Por su parte Szalai y Frank M. (1980) como se citó en López consideran que el vocablo calidad de vida, deviene de una valoración subjetiva del carácter benévolo, satisfactorio de la vida, englobando la interacción entre la realidad observada y las emociones (López, 2016).

Celia, Tulskey y Gray (1990) exponen el estado de bienestar de vida, como la percepción y balance que el individuo realiza de su vida y gozo presente, con el que percibe como idóneo (Ardila, 2003).

En García Riaño, & Ibañez (1992), conciben que este estado de bienestar está dado por una valoración del individuo considerando a su vida como un todo; tomando como referencia su pasado próximo, su presente y a un futuro regularmente distante.

La OMS (2001) define este concepto como la imagen que una persona tiene de su entorno donde habita, así como el ambiente cultural, organización de valores; ligados a sus expectativas, sus normas e intereses (Rodríguez Adams, 2012).

Podemos notar que el interés por la calidad de vida durante el siglo XX, es debido a la inquietud de las personas de los países desarrollados, pues teniendo cubiertas todas sus necesidades se centraron en promover el bienestar del individuo y fomentar una cultura de calidad de vida. En los países subdesarrollados donde las necesidades básicas no pueden ser cubiertas, la situación de las personas es en este sentido es totalmente diferente y compleja. Teniendo en cuenta esto último Ardila (2003) afirma que la concepción de la calidad de vida debe considerarse inmersa en una perspectiva cultural; la cual es variante en relación al estado cultural, acorde a su tiempo y estratos sociales.

### **2.2.2. Bases teóricas**

#### **El adulto mayor**

Para hablar sobre este tema hay que tener en cuenta las múltiples conceptualizaciones y terminologías que son utilizadas, terminologías como tercera edad, ancianidad, adulto mayor, senectud, vejez, etc. Son algunas entre otras que hacen referencia al momento en que cambia la condición de una persona en la sociedad, pasando de ser un agente activo a un agente pasivo. En otras palabras, el dejar de trabajar y acceder a una compensación y servicios de retiro.

Orosa (2003), escribe que es una etapa en la existencia humana que inicia relativamente a los 60 años y culmina con la muerte.

García y Sánchez en su estudio como se citó en Alcivar y Gutierrez (2017) delimitando, mencionan que; es una etapa que bordea desde la sexta y octava década



de vida; refiere que los individuos que superan los 80 años, se encuentran dentro de la cuarta edad, hablándose ya de individuos longevos.

Según lo expresado podemos referir que adulto mayor, son aquellas personas que están en la fase terminal de la vida precedente al descanso definitivo o defunción, como proceso natural del envejecimiento, etapa en la que se reconoce el deterioro de las facultades cognitivas y físicas de las personas.

Por otro lado, diversos autores tienen posturas distintas sobre el proceso que nos conduce a esta edad o etapa, la cual se le conoce como envejecimiento. Pero, ¿Qué es el envejecimiento? Quintero y Torrijos (1995) citado por Almuiña, Alonso, Blanco, & Fernández Brañas (2001) definen que es un mecanismo continuo e irreversible, donde están inmersos otros factores del individuo, como genéticos, psíquicos, entorno social, los cuales están íntimamente relacionados.

Devesa (1993) menciona que son cambios estructurales y funcionales, ocurridos luego de la etapa reproductiva adulta; conlleva reducción de la capacidad de resiliencia ante agentes nocivos, con el tiempo trae como consecuencia aumento de la probabilidad de muerte.

Por otra parte, Rocabrano (1999) afirma que, el envejecimiento es el producto de complejas interacciones funcionales, estructurales, coexistentes en cuanto a lo genético (intrínseco) y el entorno ambiental (extrínseco).

Coincidimos con este último planteamiento, puesto que engloba e integra en sí las características y los cambios en el envejecimiento en los procesos biológicos y psicosociales, interactuando dialécticamente con las condiciones ambientales - extrínsecas y las genéticas – intrínsecas.

## **Características del envejecimiento**

Desde la perspectiva que tiene la gerontología biológica, caracteriza al proceso de envejecimiento como una condición de insuficiente funcionalidad para mantener el equilibrio de los sistemas internos en condiciones que conlleven estados de estrés psicológico; éste insuficiente estado se encuentra asociado a una degradación en la viabilidad y consiguiente aumento de vulnerabilidad en el individuo.

Las características de acuerdo a Jiménez, Pintado, Rodríguez, Guzmán y Clavijo, (2010) son las siguientes: Es universal; puesto que es inalienable a todos los seres vivos. Es irreversible: ya que son sucesos irreversibles, a diferencia de las enfermedades. Es heterogéneo e individual; las especies se caracterizan por tener su propia velocidad de envejecimiento, este declive funcional varía en gran medida de sujeto a sujeto y de órganos entre si de una persona. Deletéreo: trata de una progresiva pérdida de funciones. Es diferente a la fase del crecimiento, en la que tiene como finalidad lograr la madurez en las funciones. Intrínseco: los cuales no involucran a los factores ambientales cambiantes. En la medida que ha sido posible prevenir y desarrollar tratamientos mejores para las enfermedades, también la línea de sobrevivencia se a vuelto más usual. Observándose que la población en gran parte alcanza edades de vida más longevas con salud y por lo general las defunciones oscilan cerca de los ochenta años.

Gracias a las nuevas técnicas y tratamientos existentes, se aprecia hoy a una gran parte de la población alcanzar a vivir con salud una vida alrededor de ochenta años (Jiménez et al., 2010).

## **Teorías biológicas del envejecimiento**

Existen gran cantidad de teorías que tratan de dar aproximaciones al proceso de envejecimiento humano, unas relacionaban la nutrición con las modificaciones fenotípicas, otras se basadas en la degeneración sistemática, alteración en las células

y transformación molecular. Sin embargo, casi todas coinciden en las interrelaciones ambientales y los factores genéticos. La aparición del envejecimiento se debe fundamentalmente al proceso de evolución biológica, la cual no favorece la longevidad del individuo, si no a la perpetuación de la especie.

Muchas teorías han sido presentadas para describir el proceso de la senectud, entre estas teorías se mencionan:

Respecto a estas Goldstein y Cassidy (2010) las han dividido en: Aquellas que declaran que el proceso de la senectud deviene del resultado de la sumatoria de alteraciones que suceden al azar en forma casual o aleatoria, las cuales se aglomeran durante el tiempo (teorías estocásticas) y aquellas que consideran que estos procesos serían pre establecidos, llamados no estocásticas. (como se citó en Endériz & Rebato, 2014)

### **Teorías estocásticas**

Hace referencia a un tipo de envejecimiento el cual no ha sido programado, considerando a los fenómenos que se pueden suscitar en el genoma por un lado y por otro tomando al entorno celular como el desencadenante de este fenómeno (Pardo, 2003).

**Teoría tóxica;** esta teoría plantea la posibilidad de que los cambios que se producen al envejecer, son consecuencia de sustancias tóxicas, endógena o exógenas que producen radicales libres que contribuyen al envejecimiento (Pardo,2003).

**Teoría de desgaste y rotura;** sostiene que el cuerpo del ser humano es como una máquina, en el cual sus piezas de mecanismo con el tiempo pueden desgastarse y romperse, un ejemplo de ello podemos ver en el desgaste de los cartílagos de las articulaciones (Endériz & Rebato, 2014).

**Deterioro de la síntesis proteica;** las alteraciones y variaciones acumuladas por error en los elementos genéticos pueden acarrear a una inadecuada síntesis de

proteínas, las mismas que cuando se acumulan, conllevando a la disfunción celular (Endérez & Rebato, 2014).

### **Teorías no estocásticas**

Las cuales se les denomina también “Programadas”; manifiestan que el envejecer es una continuidad del curso de la diferenciación, desarrollo, la cual encuentra la correspondencia en la etapa final del orden de los eventos dentro del código genético; siendo así una programación intrínseca del envejecer (Endérez & Rebato, 2014).

**Teorías Genéticas**, ésta teoría trata del estudio de la actividad genética y el envejecimiento celular (Pardo ,2003).

**Teoría inmunológica**, sostiene que la pérdida de la tolerancia inmunológica de los tejidos, es producida por la involución del timo dando lugar a cambios degenerativos, fenómenos autoinmunes y envejecimiento (Pardo, 2003).

**Marcapaso neuroendocrino**: El sistema inmune y neuroendocrino, es considerado en esta teoría como un reloj biológico, su deterioro propicia las características del envejecimiento (Endérez & Rebato, 2014).

### **Características del adulto mayor**

Durante esta etapa del desarrollo humano, se presentan cambios fisiológicos que propician el auge de enfermedades producidas por el debilitamiento del organismo. Entre algunas de estas enfermedades asociadas al envejecimiento podemos mencionar que tienen sus comienzos a partir de los 30 años como son: las alteraciones mentales y nerviosas, enfermedades cardiacas, artritis, reumatismo entre otras.

Desde el punto de vista de Grace J.(1997) dice: Los seres humano de avanzada edad también son proclives a estas circunstancias negativas como estados de salud desfavorables, ingresos no acordes a las necesidades, pérdida de conyugue,

aunado al declive del sistema de defenza orgánico, lo que causa mayor vulnerabilidad ante situaciones de estrés que pueden conllevar a manifestar alguna enfermedad.

Dentro de ésta etapa final de la vida, así como las anteriores el ser humano presenta diversos tipos de cambios tanto fisiológicos como psicológicos, observemos que cambios son los que se manifiestan y por qué se ven disminuidas las competencias con los años.

## **Diabetes Mellitus**

Desde la perspectiva del Ministerio de Salud menciona: La diabetes mellitus tipo II, es un trastorno metabólico que conlleva diferentes causas; su característica distintiva es la hiperglicemia crónica y sostenida, unido a trastornos metabólicos de los carbohidratos, lípidos y proteínas como respuesta a anomalías en la producción o del efecto de insulina. (MINSa, 2016)

### **Signos y síntomas de la diabetes mellitus**

La Dirección de Prevención de Enfermedades no Transmisibles y Oncológicas del MINSa en cuanto al diagnóstico, medicación y observación de la DM-2 menciona que, los signos y síntomas dependen del diagnóstico clínico entre estos:

**Asintomáticos;** Son aquellos individuos afectados por diabetes mellitus del tipo 2 en los que no existe manifestación de síntomas comunes. Es un estado clínico usual y tiene una etapa temporal variable que oscila entre los cuatro y trece años (MINSa, 2016).

**Sintomáticos;** Los signos frecuentes son el incremento de la frecuencia urinaria, incremento excesivo de ingesta alimentaria, también se manifiesta con una necesidad de ingerir gran cantidad de líquido por la sensación de sed (polidipsia) y

pérdida de peso; sumado a esto podría manifestar visión borrosa, agotamiento, escozor (MINSa, 2016).

En los pacientes con diabetes es probable que manifiesten crisis hiperglicémica; en cuyos cuadros clínicos se pueden observar: pérdida de hidratación (moderada a severa), riesgo de afectación del sensorio, frecuencias respiratorias altas (polipnea), náuseas, regurgitaciones, dolores abdominales, también puede presentar hiperventilación (MINSa, 2016).

## **Complicaciones de la diabetes mellitus**

### **a) Hipoglicemia.**

Es la complicación aguda más frecuente en el tratamiento de la diabetes. La hipoglicemia está diagnosticada como la concentración de azúcar en forma de glucosa menor de setenta miligramos por decilitro, con síntomas o sin ellos; cuando esta concentración se prolonga, hay riesgo de ocasionar daños en menor o mayor medida en el cerebro, asimismo podría ser mortal. En ocasiones, personas con diabetes pueden presentar síntomas antes de llegar a esta medida, causados por descensos abruptos de este azúcar desencadenando los síntomas clínicos (Untiveros, Nuñez, Tapia & Tapia, 2004).

### **b) Crisis hiperglicémica.**

Aquellos episodios que abarcan concentraciones plasmáticas elevadas de azúcar en forma de glucosa, habitualmente mayor a doscientos cincuenta miligramos por decilitro, en estas circunstancias el nivel de alteración en el metabolismo es severamente suficiente como para justificar y proceder inmediatamente con la hospitalización de emergencia, procediendo de inmediato con la hidratación e insulina con la finalidad de aumentar la probabilidad de una temprana recuperación exitosa (MINSa, 2016).

## **Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus**

Las complicaciones crónicas de la DM pueden ser de dos tipos macro vasculares y micro vasculares.

### **a) Macro vasculares: Enfermedad cardiovascular (ECV).**

En Villena (2016) se describe: La ECV es la principal causa de morbilidad y mortalidad en individuos con diabetes. Las condiciones comunes coexistentes con la DM-2, tales como la hipertensión arterial y la dislipidemia son claros factores de riesgo para ECV y la DM-2 por sí misma confiere un riesgo independiente.

### **b) Micro vascular Retinopatía.**

Es una dificultad del tipo microvascular aguda propia de la diabetes, esta complicación es causante de la pérdida de visión en adultos, con daños en la salud, en lo social y en lo financiero muy considerables (Villena, 2016).

## **Pruebas para la detección de diabetes**

Dentro de éstas pruebas la Mayo Foundation for Medical Education and Research (2019), describe:

Prueba de glucosa plasmática aleatoria; aplicada en cualquier hora del día. Prueba A1C; administrada en algún instante del día, evidencia el nivel de azúcar en forma de glucosa en el lapso de los últimos tres meses. Prueba de glucosa plasmática en ayunas; aplicada en ayunas, como mínimo ocho horas después de la última ingesta alimenticia. Prueba oral de tolerancia a la glucosa; aplicada luego de ayunar en la noche y después de 120 minutos de haber ingerido una bebida con contenido de azúcar. Es aceptable que el profesional médico desee realizar otra evaluación antes de describir o dar el diagnóstico.

## **La diabetes mellitus en los adultos mayores**

Es una dolencia grave y de la que no existe un tratamiento curativo, distinguido por niveles altos de azúcar (del tipo glucosa) en la sangre. Dentro de este tipo de enfermedades está la diabetes tipo dos, siendo esta es la más frecuente. En la etapa de la vejez, tiene la probabilidad que ocasione graves complicaciones en la salud de los pacientes con este mal; entre estas podemos mencionar:

### **c) Deterioro cognoscitivo**

De acuerdo al Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2013) afirma que: La persona de la tercera edad con diabetes, tiene la probabilidad de aproximadamente 1.5 de riesgo a perder funciones cognitivas; 1.6 de riesgo de sufrir demencia. El efecto evolutivo crónico de este estado junto a altos niveles séricos (HbA1c) están asociados a la degradación cognoscitiva. Este deterioro en los pacientes diabéticos puede ser detectado con el uso de alguna herramienta médica disponible.

### **d) Depresión**

Para el IMSS (2013), sostiene que: En las personas mayores de sesenta años el riesgo de depresión se duplica, asociado a un control bajo de azúcar (glucosa) e insuficiencia funcional. En esta estimación se tiene que tomar en cuenta el aspecto anímico, con el uso de herramienta de descarte, escalas de medida de depresión geriátrica (GDS). Anualmente deberá procurarse evaluaciones del estado anímico, también en los casos de declive emocional.

### **e) Trastornos del sueño**

La diabetes puede ocasionar en el adulto mayor el síndrome del sueño fragmentado, cuyas causas son; dolor neuropático, nicturia, calambres y polifarmacia,



así como la presencia de movimientos regulares en piernas y brazos, presentando síntoma de piernas inquietas.

El IMSS (2013) concluye que: Los desórdenes del estado del sueño, están relacionado de forma dual con otros síntomas propios de la avanzada edad, ligado a estas alteraciones también pueden tener lugar síndromes adversos como el de caídas, conllevando a la pérdida de acciones motora y libertad funcional. En un mismo estado se puede presentar decaimiento emocional y debilidad, ambos con consecuencias en el bienestar del individuo geriátrico y probabilidad de morir.

### **La calidad de vida**

Hablar sobre la calidad de vida es un concepto muy complejo, pues no solo concierne el satisfacer las necesidades, al contrario, hay que comprenderlas y darle valor para alcanzar el bienestar.

Al estudiarla, hay que considerar las diversas disciplinas que esto implica, algunas aproximaciones lo encontramos en las ciencias sociales, naturales, del comportamiento humano y de la salud, que nos acercan una conceptualización concreta.

El concepto de calidad de vida se vincula de manera dual, en un lado referido al nivel, estilo de vida y en otro referido a el bienestar, la salud del individuo y la felicidad (González, 2005).

Se define este concepto de calidad entonces como la construcción compleja de múltiples factores, el nivel de bienestar de las privaciones, objetivas, subjetivas, personales y sociales, de la persona, entorno al medio ambiente, espacio y el tiempo donde se vive.

La OMS (2001) dice al respecto; que es el estado de bienestar físico, psicológico y social, que complementa a un individuo, no sólo la inexistencia de síntomas o de una dolencia definida (Alcántara, 2008).

En este sentido los factores físico, mental y social se deben convertir en la base del profesional de la salud para el adecuado tratamiento de enfermedades.

Celia & Tulsy (1990) citados en Ardila mencionan que; la CV es la estimación, balance que el paciente realiza sobre su vida, su satisfacción con el nivel presente de funcionamiento, con el estado que percibe como el ideal (Ardila, 2003).

Romero (2009) manifiesta que; la concepción de la calidad de vida goza de diferentes enfoques, combinaciones, conceptos y maneras de interpretarlo, justificarlo y aplicarlo, contiene un factor objetivo y otro intrínseco (subjetivo). En la parte objetiva refiriéndose a los resultados de las investigaciones en ciencias humanísticas como la bioética, medicina, etc. Lo subjetivo, referido a la comprensión, valoración del ser y sentir del individuo.

Encontramos otros conceptos parecidos sobre la definición de calidad de vida, que se emplean a menudo y que sortean entre sí, relaciones de complementariedad y oposición como:

**Nivel de vida;** magnitud cuantitativa derivada del poder de gasto personal y beneficio de uso de servicios públicos. Es la capacidad de adquisición personal de bienes o servicios. “Grado de bienestar, principalmente material, alcanzado por la generalidad de los habitantes de un país, los componentes de una clase social, etc.” (RAE, 2018).

**Modo de vida;** manera de convivir y existir establecida por modelos usuales de estructura cultural. El modo de vida, es la forma colectiva de ser y estar en la vida, determinada por patrones comunes de orden cultural. (Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada , 1999, p.150).

**Estilo de vida;** Disyuntiva personal de crecimiento necesario en la vida, sujeta a variaciones limitantes por el modo y nivel de vida respectivamente (Alguacil, 1998). Es una sucesión de comportamientos habituales de las personas que inciden en su salud” (Gómez Arquéz, 2005).

**Sentido de vida;** es la razón del ser individual e indivisible, conformada desde la visión filosófica y psicológica del ser y otra desde el punto de vista que toma en cuenta los factores biológicos y psicosociales que influyen en su estructuración (Sánchez, 2005).

**Desarrollo humano;** secuencia por el cual el abanico de oportunidades del individuo se ensancha, pudiendo disfrutar en primer lugar de una saludable y larga

vida, lograr conocimientos, teniendo acceso a alcanzar recursos que puedan brindar un nivel de vida adecuado (Alguacil, 1998).

Sobre el concepto de desarrollo humano Craig (1997) citado en Mansilla, agrega que; son variaciones en el tiempo que actúan en la estructura del razonamiento, en la conducta del individuo, debido a factores orgánicos y ambientales. Al hacer referencia a mecanismos orgánicos, el autor engloba las fases del trayecto de maduración, desde el crecimiento, pasando por la madurez propiamente dicha y la senectud; con lo referente a lo ambiental se interpreta que enfoca el aspecto cultural donde se desarrolla la persona (Mansilla A, 2000).

Sobre el desarrollo otros autores mencionan que; debe ser comprendida como la construcción de medios en los que se pueda expresar la individualidad, desenvolver las capacidades y los grandes anhelos del individuo (Picazzo Palencia, Gutiérrez Garza, Infante Bonfiglio, & Cantú Martínez, 2011).

### **La calidad de vida y sus dimensiones**

La máxima expresión que podemos hacer sobre la salud radica en el grado de bienestar o calidad de vida que se tiene, es así que esta integra de manera global las dimensiones físico, psicológico y social del ser humano.

**La dimensión física:** Representa el estado físico saludable, es decir libre de enfermedades, síntomas producto de enfermedades o las afectaciones derivada de los tratamientos.

**La dimensión psicológica:** Es la representación del estado anímico y cognitivo sobre las creencias, los temores e incertidumbres del futuro.

**La dimensión social:** Es la percepción que se tiene sobre los roles sociales, la manera como se convive con la familia como en la sociedad y el desempeño laboral.

Desde otro punto de vista se tiene qué: La calidad de vida está dada por; un estado práctico enmarcado en la capacidad del individuo del que hacer; por el acceso a requerimientos como oportunidades para alcanzar fines de acuerdo al empleo de las capacidades adquiridas y por último ese sentimiento de bienestar que refiere un estado de regocijo (González, 2005).

## **La calidad de vida en el adulto mayor**

Valandía, menciona que este concepto: Es el resultado de las interacciones de las diversas características en el existir de la persona como casa, alimentación, indumentaria, formación y libertades del ser, éstas interacciones aportan al individuo de distinta forma, para conseguir un adecuado nivel de confort, considerando el mecanismo progresivo del envejecimiento. El acondicionamiento a su medio variante individual de las personas (psicosocial y orgánico); este acondicionamiento interactúa en los estados de salud físicos y en los estados internos como deficiencia en la capacidad de memoria, temores tales como la muerte, el desamparo, la incapacidad motora y dependencia (Valandía, 2011).

## **Medida del nivel de calidad de vida con WHOQOL-BREF**

Este modelo de medición fue iniciativa de la OMS en febrero de 1991; con el propósito de evaluar el nivel de calidad de vida tomando en cuenta la imagen que tiene de sí mismo el individuo en cuatro dimensiones (físico, psicológica, social y de entorno), centrándose en el grado de bienestar del individuo entorno a diversas situaciones de su vida, siendo por mucho la escala de mayor solidez conceptual y metodológica (Cardona & Higueta, 2014).

El instrumento de **WHOQOL-BREF** es una forma reducida del WHOQOL-100 que se compone de veintiséis ítems, una pregunta de cada una de las veinticuatro facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales, veinticuatro de los ítems generan un perfil del nivel de calidad de vida con dimensiones en la salud; los vínculos sociales, entorno y salud psicológica (Quintanar, 2010).

Cada pregunta consta de categorías tipo Likert 1-5. Obteniéndose puntajes en cada dominio, evaluando en función a estos, el estado de calidad de vida. El test ha demostrado ser validable y confiable, treintaitrés países cooperaron en su desarrollo; en los países de América como Brasil, Argentina, Panamá y en Europa como España, se llegó a aplicar la versión en español de este cuestionario (De la Cruz & Fernández, 2014).

Quintanar, menciona que el instrumento proporciona un valor general, vinculado este con la percepción del nivel de calidad de vida total teniendo en cuenta los valores en cada dominio:

Dominio 1. Físico; funcionalidad, energía, dolor, fatiga, necesidad de medicación, capacidad laboral y sueño. Dominio 2. Psicológico; complacencia de la vida y personal; capacidad de concentración, sentimientos bivalentes (positivos, negativos); y espiritualidad (creencias) (Quintanar,2010).

Dominio 3. Relaciones sociales; satisfacción con las relaciones personales, soporte social y actividad sexual. Dominio 4. Entorno; ambiente físico, seguridad, recursos financieros, acceso a los servicios de salud, participación en actividades de ocio y recreación; transporte e información. (Quintanar,2010, p. 44)

El WHOQOL-BREF ha sido desarrollado teniendo presente la transculturalidad y en cuenta las áreas (físico, psicológico, social y entorno); asimismo de fácil aplicación. Siendo estas características idóneas, las cuales se ajustan a los objetivos del presente estudio; se optó por utilizar este instrumento WHOQOL-BREF.

La OMS (1991) explica: Para obtener un perfil de la calidad de vida, se valoran las cuatro áreas o dominios con los que cuenta, más dos preguntas extras evaluadas de manera separada; las dos primeras preguntas que evalúa de manera general la calidad de vida y la segunda que hace referencia a la satisfacción ligada a la salud. La valoración de los dominios y su medición es ascendente; a mayor puntaje mejor calidad de vida. El valor obtenido en cada ítem es empleado para computar el puntaje total en dominio. El **WHOLQOL-BREF**, brinda un lineamiento del estado de calidad de vida, compuesto por los cuatro dominios, teniendo los siguientes ítems por dominio; dominio físico 7, en el psicológico 6, en el social 3; en el entorno 8 (De la Cruz & Fernández, 2014).

## 2.3. Formulación de la hipótesis

### 2.3.1. Hipótesis general

La autopercepción sobre su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, es bajo.

### 2.3.2. Hipótesis Específicas

1. La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión **física** en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo.
2. La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión **psicológica** en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo.
3. La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión **relaciones sociales** en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo.
4. La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión **entorno** en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo.

## 2.4. Operacionalización de variables e indicadores

Valdivia (2009) como se citó en Ñaupas, Valdivia, Palacios, & Romero, menciona que la función de operacionalización de la variable radica en la separación de esta en las variables que la constituyen (indicadores) y que permiten su medida (Ñaupas, *et. al*, 2018).

**Variable de estudio:** Calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.

Sánchez, Reyes, & Mejía (2018), mencionan que en el diseño de investigación, la variable independiente es la variable controlada, manipulada, para generar efectos en la variable dependiente.

**Definición Conceptual:** La CV es la estimación, balance que el paciente realiza sobre su vida, su satisfacción con el nivel presente de funcionamiento, con el estado que percibe como el ideal (Ardila 2003). La CV desde la perspectiva del adulto mayor es entendida como la sensación de bienestar físico y emocional, relacionado a su actividad diaria (Quintanar, 2010).

**Definición operacional:** Se realizó la medición con el test WHOQOL-BREF del grupo WHOQOL (Quintanar, 2010). Está compuesto por cuatro dominios, teniendo los siguientes ítems por dominio; dominio físico 7, en el psicológico 6, en el social 3; en el entorno 8. Cada pregunta consta de categorías tipo Likert 1-5. Obteniéndose puntajes en cada dominio, evaluando en función a estos, el estado de CV. El valor obtenido en cada ítem es empleado para computar el puntaje total en dominio (De la Cruz & Fernández, 2014). Se llevará a cabo su aplicación en adultos mayores con DM2.

### Dimensiones

Calidad de vida en su dimensión física, ítems (3,4,10,15 - 18). Calidad de vida en su dimensión psicológica, ítems (5 - 7,11,19,26). Calidad de vida en su dimensión de relaciones sociales, ítems (20, 21, 22). Calidad de vida en su dimensión relacionada a su entorno, ítems (8,9,12,13,14,23 - 25)

**Tabla 1.**  
*Calidad de vida según su dominio*

<b>Físico</b>	
<b>Psicológico</b>	<b><i>Alta</i></b>
<b>Relaciones</b>	<b><i>Media</i></b>
<b>sociales</b>	<b><i>Baja</i></b>
<b>Entorno</b>	

Fuente: Elaboración propia.

Los niveles de CV general considerados en esta investigación serán: nivel bajo de 0% a 50%; nivel medio de 51% a 79% y nivel alto de 80 a 100%. En Aquino establecen el nivel bajo de 0 a 30%; nivel medio de 31 a 69% y nivel alto de 70 a 100%. (Aquino, 2019)

**Indicadores:** Para los indicadores se consideraron en el D. Físico (Actividades cotidianas de la vida; dependencia a medicamentos, ayuda médica, energía y fatiga, movilidad, dolor y disconformidad, sueño y descanso, asimismo capacidad de trabajo); en el D. Psicológico (imagen física, sentimientos bivalentes, estima personal, creencias “personales, espirituales, religiosas”; aprendizaje, razonamiento, memoria, así como concentración); en el D. Relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social asimismo la actividad sexual); en cuanto al D. Entorno tenemos ( recursos monetarios o económicos, libertad y protección física, acceso a cuidados asistenciales de calidad “salud y sociales”, ambiente doméstico o entorno, oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas, participación en actividades oportunas de ocio y recreo, medio físico y transporte).

Los indicadores son componentes, datos, que simbolizan una señal medible, que admite observar, medir una variable o sus dimensiones. Su función es señalar como evaluar los factores o atributos de la variable (Quintana, 2020).

**Escala de medida:** Ordinal, Intervalo

**Variables dependientes:** Las variables dependientes para el estudio en pacientes adultos mayores registrados en el PAGS de la ciudad de Lambayeque se



fijaron de acuerdo a sus dominio o dimensiones (D) de CV: D. Física; D. Psicológica; D. Relaciones sociales; D. Entorno. Conforme a los ítems del cuestionario para cada dimensión. Variable dependiente o variable del estudio, que depende de la variable independiente, referida al evento que se desea explicar, siendo objeto de estudio en la investigación (Sánchez, Reyes, & Mejía, 2018).

#### 2.4. Definición de términos básicos

**Calidad de vida (CV):** La OMS (1994) la define como el resultado percibido por la persona en función de su realidad existencial, entorno a su estructura de valores socioculturales; relacionándolas con sus objetivos, perspectivas y estereotipos (Botero & Pico, 2007).

Según Rodríguez Adams (2012), es la idea que se tiene sobre el estatus de uno mismo en relación a su existencia. Es el entorno cultural, estructura de valores donde vive y la conexión con sus propósitos, perspectivas, inquietudes y normas.

**Adulto mayor:** Es un término adoptado para referirse a las personas que son más de 60 años, aquella persona que se ubica en la última etapa de su existencia. (estudiada por la gerontología). Llamada también etapa de senilidad, siendo esta arriba de los sesenta años; donde las personas se denominan ancianos o gerontes también conocidos como personas o individuos de la tercera edad (Taípe, 2018).

**PAM:** Población de personas adultas mayores (Tirado & Mamani, 2018).

**Diabetes mellitus tipo II:** Es un desorden del proceso metabólico, con orígenes diversos, caracterizado por un elevado contenido de glucosa en sangre, desórdenes en el procesamiento a nivel metabólico de grasas, carbohidratos y proteínas, como producto de los niveles inadecuados de insulina (MINSA, 2016).

**Síndrome metabólico (DM):** “El síndrome metabólico es una serie de desórdenes o anormalidades metabólicas que en conjunto son considerados factor de riesgo para desarrollar diabetes y enfermedad cardiovascular” (Pajuelo J & Sánchez J, citado en Lizarzaburu, 2013, p.316).

**Felicidad:** Es un “estado de grata satisfacción espiritual y física” (Real Academia Española, 2018). “Es ante todo un estado de ánimo, un paisaje interior [...] una mezcla de alegría y paz interior”. (Rojas, 2000).

**Bienestar:** Es el “estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica” (RAE, 2018).

**WHOQOL-BREF:** Es un instrumento elaborado por la OMS, admite evaluar la CV de las personas en 4 dimensiones (física, psicológica, social y ambiental) (Cardona Arias & Higuera Gutiérrez, 2014, p.175).

**Coefficiencia Alpha de Cronbach:** Es un índice de fiabilidad, confiabilidad basada correlación de ítem puntaje total del test. Aplicado a reactivos con alternativas politómicas. El valor mínimo se considera entre 0 y 1 (Sánchez, Reyes, & Mejía, 2018). Algunos criterios para decidir la confiabilidad del instrumento son (0.81 a 1, muy alta; 0.61 a 0.80, alta; 0.41 a 0.60, media; de 0.21 a 0.40, baja y de 0 a 0.20, muy baja), cuando resulte entre los límites de 0 a 0.60, se sugiere reevaluar el instrumento (Palella & Martins, 2006).

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y nivel de investigación**

La presente investigación es de tipo *básica* porque está enfocado a la búsqueda de conocimientos y particularidades de la CV de los adultos mayores con DM2 del “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque”. Donde se recopiló información del ámbito de la institución. Siendo así concordante con un nivel de investigación descriptivo, dado que en este nivel se almacenan datos, información, que especifiquen los atributos del objeto de estudio (Ñaupas, et. al., 2018). El estudio permitirá comprender mejor la autopercepción que tienen los pacientes involucrados en este estudio respecto de su CV. Asimismo, desde el aspecto científico, este nivel mide cada cuestionamiento describiendo lo que se investiga (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014).

#### **3.2. Diseño de la investigación**

Recordando que; un diseño es un programa o estrategia que se aplica para recabar información requerida en la investigación y que responda al planteamiento del problema investigado. El diseño del presente estudio es de tipo no *experimental*, debido a que no se manipulan las variables independientes, estudiándolas en su estado natural y porque los datos se obtienen en un solo momento es de corte *Transeccional* con un diseño *descriptivo* (Hernández, et al., 2014.) . Por cuanto tiene como finalidad ampliar y describir cuál es la calidad de vida que auto perciben los adultos mayores con DM2 del “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque”.

#### **3.3. Población y muestra de la investigación**

Inmerso dentro del universo conformado por los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque”; encontramos a la población y muestra.

### **3.3.1. Población**

Valdivia (2009) citado en Ñaupas, menciona que la población se encuentra integrada por un conjunto de elementos (personas, objetos, hechos), con características semejantes, medibles y que conforman la unidad de estudio (Ñaupas, et al., 2018).

La población es de carácter finito y fue constituida por 160 pacientes adultos mayores de 60 años, con diabetes mellitus tipo II, adscritos al “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque”.

Criterios para la inclusión: Pacientes hombres y mujeres; personas mayores de 60 años con DM tipo 2; pacientes adscritos al “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo. De la ciudad de Lambayeque”.

Criterios de exclusión: Pacientes con discapacidad mental; pacientes con otras enfermedades crónicas limitantes; pacientes que no den su consentimiento para el estudio.

### **3.3.2. Muestra**

La muestra se ha establecido mediante un muestreo sistemático probabilístico, por ser una población con un tamaño definido de individuos. En este tipo de muestreo se eligen e incluyen las unidades para la muestra de una base de datos, con un intervalo predefinido de manera constante. (Sánchez, Reyes, & Mejía, 2018). La unidad del presente estudio se conformó de una muestra de 50 pacientes adultos mayores con diagnóstico de DM tipo 2, adscritos al PAGES de la ciudad de Lambayeque” seleccionado de manera sistemática según consultas de los pacientes en el policlínico.

### **3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

La técnica empleada fue la encuesta, la cual se realizó a los 50 pacientes adultos mayores seleccionados, adscritos al “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque”,

Sánchez, Reyes, & Mejía (2018) mencionan que las técnicas se encuentran dentro de un método utilizado en la investigación para obtener datos; por eso se les denomina también técnica de recolección de datos.

Se denomina encuesta a una prueba que el investigador formula al grupo de individuos, para estudiar determinadas características, constructos; como percepción, actitudes, creencias, etc. (Ramírez, 2012). Como instrumento se utilizó el cuestionario psicológico de WHOQOL-BREF, validado por la OMS a cargo del grupo WHOQOL con un alfa de Cronbach de 0,84 (Cutipa & Zamora, 2020); para lograr desarrollar esta investigación; el cual consta de 26 ítems; dos de ellos generales; 7 para la dimensión física; 6 para la dimensión psicológica; 3 ítems en la dimensión relaciones sociales y 8 ítems para la dimensión entorno; denominándolos dominios 1;2;3 y 4 respectivamente. Su aplicación tuvo una duración aproximada de 15 minutos por adulto mayor, permitiendo adquirir la información requerida.

El instrumento, ha sido validado en otros estudios como el realizado por Cutipa & Zamora (2020), los cuales realizaron una adaptación lingüística y cultura del instrumento; evaluando las propiedades psicométricas del cuestionario WHOQOL - BREF adaptado y traducido, Obteniendo rangos de 0.87 a 1 para la validez de contenido (juicio de expertos) mediante el coeficiente de V de Aiken, asimismo con un alpha de Cronbach entre 0.70 y 0.81 el cual indica una confiabilidad optima. concluyeron que la adaptación y traducción del instrumento es fiable para su empleo en estudios de CV en mayores de la sierra peruana. Asi también en otros estudios como el realizado por Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco, & Bunout (2010), en adultos mayores (Chile) obtuvieron en su validación psicométrica del test obtuvieron una consistencia de 0,88 y un rango de 0.74 - 0.88 en la evaluación por dimensiones; coincidiendo que el test es fiable, válido con el modelo de la OMS. (Ver anexo 3)

### **3.5. Técnicas para el procesamiento de datos**

Siendo un instrumento el WHOQOL BREF utilizado y validado en varios estudios de habla hispana, se documentó los lugares como Chile donde Espinoza, Osorio, Torrejón, Carrasco, & Bunout (2010), autorizados por el grupo WHOQOL de Barcelona (España) realizaron la validación psicométrica del instrumento en PAM.

Existiendo estudios de validación en nuestro idioma y adaptación en nuestro país, como el estudio de Cutipa & Zamora (2020), donde se obtuvo una consistencia interna de 0.7 a 0.8. Se realizaron los siguientes procesos para obtener los datos.

Para obtener los datos a analizar estadísticamente, se realizó primero los siguientes procesos:

Se procedió a verificar que todos los test contengan las 26 respuestas con respuestas tipo Likert de 1-5. Dos de ellas generales y 24 que generan la CV total y por dominio.

Se revisó la reversión de los ítems 3; 4; 26 (ver anexos) evaluadas antagónicamente, aplicando a cada uno la siguiente expresión  $(6-P_i) = Q_i$ ; donde  $P_i$  es el puntaje del test y  $Q_i$  es el puntaje revertido de esa misma pregunta.

Una vez revertido esos tres ítems, se hace la sumatoria de las puntuaciones según dominio.

Hecho esto se lleva a las tablas los puntajes brutos y así obtener los puntajes transformados 0-100.

El resultado de estos permitirá obtener el nivel de CV.

De acuerdo con la finalidad buscada de la información, se procesó con estadística descriptiva; utilizando para este fin software Excel y SPSS; obteniendo los valores que representen la autopercepción que tienen los pacientes de su nivel de calidad de vida.

Se realizó la prueba de confiabilidad por consistencia interna con el uso del estadístico Alpha de Cronbach.

Luego del proceso estadístico se analizaron los resultados con los rangos del test; asimismo se comparó los resultados con estudios citados de similar investigación.

Para el correcto uso del test y publicación de los resultados se solicitó el permiso por email al Grupo WHOQOL – BREF.

### **3.6. Aspectos éticos**

Esta investigación ha seguido los principios éticos del código de ética y deontológico del colegio de psicólogos del Perú; el cual en su artículo cuarto menciona que el actuar del psicólogo con las personas en diversas circunstancias (salud o

enfermedad), debe ser siempre con empatía, trato responsable, leal y compasivo (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018).

La intervención se ha realizado conforme a los lineamientos éticos mencionados del área profesional; atendiendo a la privacidad y consentimiento informado de la información recopilada, respetando el código de ética del órgano regente del área, como es el Colegio de Psicólogos del Perú; el cual en su tercer capítulo mencionan que se debe respetar los documentos normativos tanto de origen nacional como del exterior ; asimismo que toda investigación debe contar con el consentimiento informado de los involucrados (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018).

Así también encontramos la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), donde en sus principios generales (art. 24 y 25) nos habla de la confidencialidad y reserva de la información que se recopile en las investigaciones, también en su art.25 menciona que todos los participantes deben haber sido informados del proceso de estudio y estos deben ser voluntarios. y respeto por los pacientes a ser estudiados (AMM, 2015).

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Presentación de resultados

De acuerdo con la investigación se obtuvo que la autopercepción de su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019, se encuentra en un nivel medio en el rango de medición con el instrumento WHOQOL-BREF; así de los 50 encuestados se obtuvo un promedio de CV de 58.84 con los ítems revertidos y 149.9 en los ítems globales transformados a la escala WHOQOL-BREF de 0 a 100. Asimismo, se encontró una consistencia interna de alfa igual 0.867 para todos los ítems (26) y 0.873 para los 24 ítems que engloba dominios de CV. El coeficiente de correlación para las dimensiones varió desde 0.67 a 0.9.

La tabla 2, presenta los porcentajes y niveles de calidad de vida (CV) de los 50 participantes adultos mayores que padecen diabetes mellitus tipo II (DM 2) diferenciados por sexo para una mejor descripción del estudio; donde el 50% de ellos fueron hombres y el otro 50% mujeres; se observó que un 34% tiene una CV en nivel bajo, 52% en nivel medio y 14% presentan un nivel alto de CV.

**Tabla 2.**

*Nivel de calidad de vida en pacientes adultos mayores con DM 2 según sexo*

		Niveles						Total
		Nivel Bajo		Nivel Medio		Nivel Alto		
Sexo del encuestado		n	%	n	%	n	%	
Sexo del encuestado	Masculino	9	18	14	28	2	4	25
	Femenino	8	16	12	24	5	10	25
Total		17	34	26	52	7	14	100

Nota: Elaborado con el Software SPSS

En la figura 1, de acuerdo al gráfico de barras se observa la distribución y nivel de CV en los pacientes del estudio con diagnóstico de DM2; donde los adultos mayores



(hombres) obtuvieron 18% un nivel de CV bajo; 28% medio y 4% en un alto nivel; asimismo las mujeres alcanzaron el 16% en un nivel bajo; el 24% en nivel medio, y 10% un alto nivel de CV.

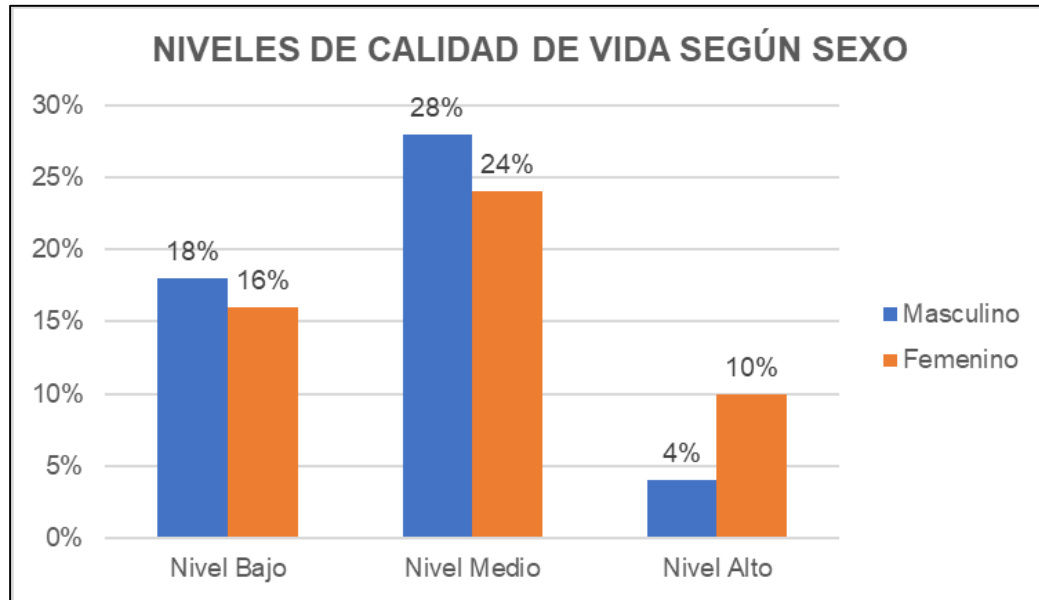


Figura 1. Nivel de calidad de vida de los adultos mayores con DM2 según sexo

Nota: Elaborado con el Software SPSS

En cuanto a los resultados considerando las dimensiones **físicas**, **psicológicas**, de **relaciones sociales** y del **entorno** se tiene:

Según la tabla 3 de acuerdo a la **dimensión Física** se observa que; el 22% se encuentra en el nivel bajo; el 70% en nivel medio y el 8% en un alto nivel.

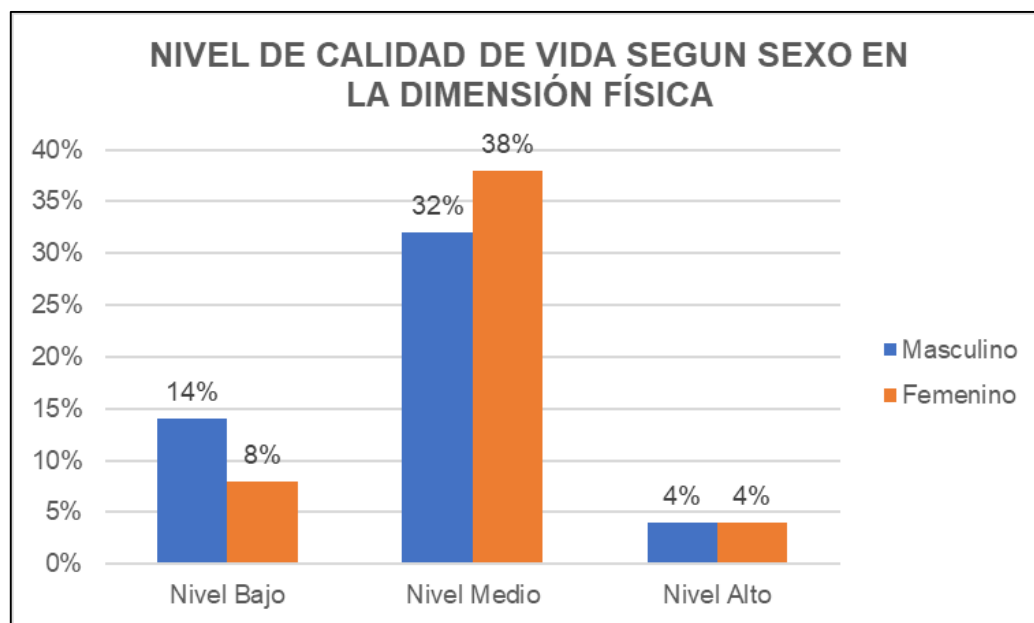
**Tabla 3.**

*Calidad de vida en pacientes adultos mayores del PAGS con DM 2 - dimensión física*

		Nivel Bajo		Nivel Medio		Nivel Alto		Total
		n	%	n	%	n	%	
Sexo del encuestado	Masculino	7	14	16	32	2	4	25
	Femenino	4	8	19	38	2	4	25
Total		11	22	35	70	4	8	50

Nota: Elaborado con el Software SPSS

En la figura 2 el diagrama de barras muestra que el 8 % de mujeres en la dimensión física tuvieron un nivel de vida bajo, el 38 % un nivel medio, en tanto que el 4% obtuvieron un alto nivel de CV en este dominio; en tanto que los hombres muestran un 14% en el nivel bajo y 32% nivel medio y 4% en bajo nivel en esta dimensión.



*Figura 2.* Calidad de vida de acuerdo a la dimensión física y sexo.

Nota: Elaborado con el Software SPSS

En la **dimensión Psicológica**; el 64% de los pacientes encuestado obtuvieron un bajo nivel y el 32% un nivel medio conforme se observa en la tabla 4.

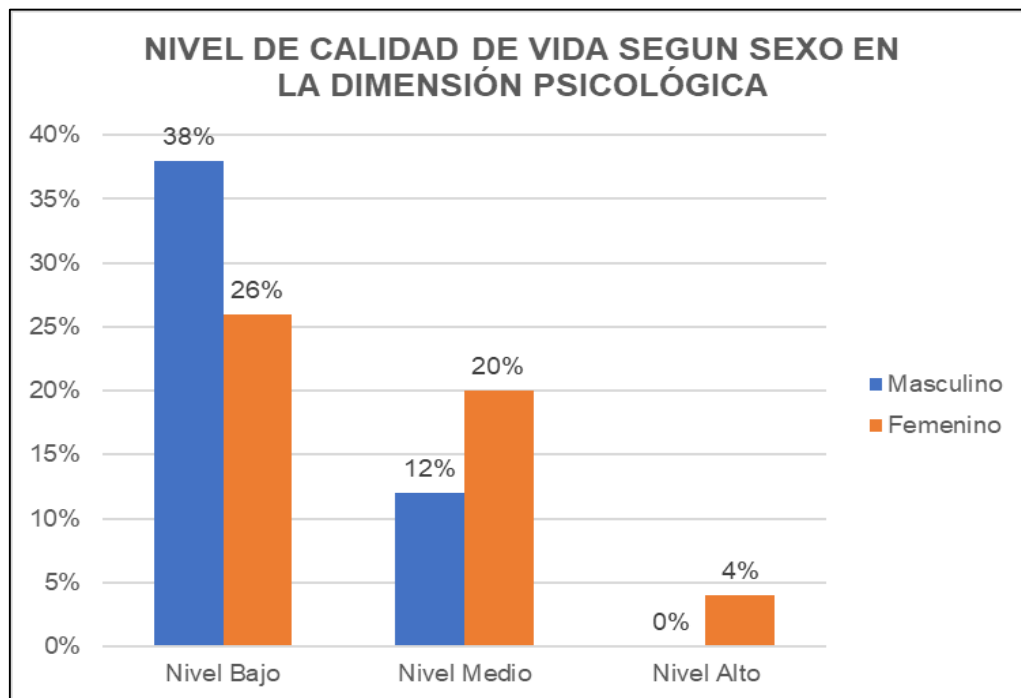
**Tabla 4.**

*Nivel de calidad de vida en pacientes del PAGS con DM 2 - dimensión psicológica*

		Nivel Bajo		Nivel Medio		Nivel Alto		Total
		n	%	n	%	n	%	
Sexo del encuestado	Masculino	19	38	6	12	0	0	25
	Femenino	13	26	10	20	2	4	25
Total		32	64	16	32	2	4	50

Nota: Elaborado con el Software SPSS

En la figura 3 el diagrama de barras muestra que el 26 % de mujeres en la dimensión psicológica tuvieron un nivel de vida bajo; el 20 % un nivel medio y solo el 4% un alto nivel; en tanto que los hombres muestran un 38% en el nivel bajo y 12% nivel medio en esta dimensión.



*Figura 3. Calidad de vida conforme a su dimensión psicológica y sexo.*

Nota: Elaborado con el Software SPSS

En la **extensión relaciones sociales**, el 40% de adultos mayores encuestados se localizan en un bajo nivel, 38% en nivel intermedio y 22% con un nivel de CV alto, como se aprecia en la tabla 5.

**Tabla 5.**

*Nivel de calidad de vida de pasientes del PAGS con tratamiento de DM 2 según relaciones sociales*

		Nivel Bajo		Nivel Medio		Nivel Alto		Total
		n	%	n	%	n	%	
Sexo del	Masculino	10	20	10	20	5	10	25
encuestado	Femenino	10	20	9	18	6	12	25
Total		20	40	19	38	11	22	50

Nota: Elaborado con el Software SPSS

En la figura 4 el diagrama de barras según sexo, muestra que el 20 % de mujeres en la D. Relaciones sociales, obtuvieron un nivel de vida bajo, el 18 % un nivel medio y 12% tuvieron un bajo nivel de CV; en tanto los hombres en esta dimensión obtuvieron un 20% en el nivel bajo, 20% nivel medio y 10% un alto nivel.

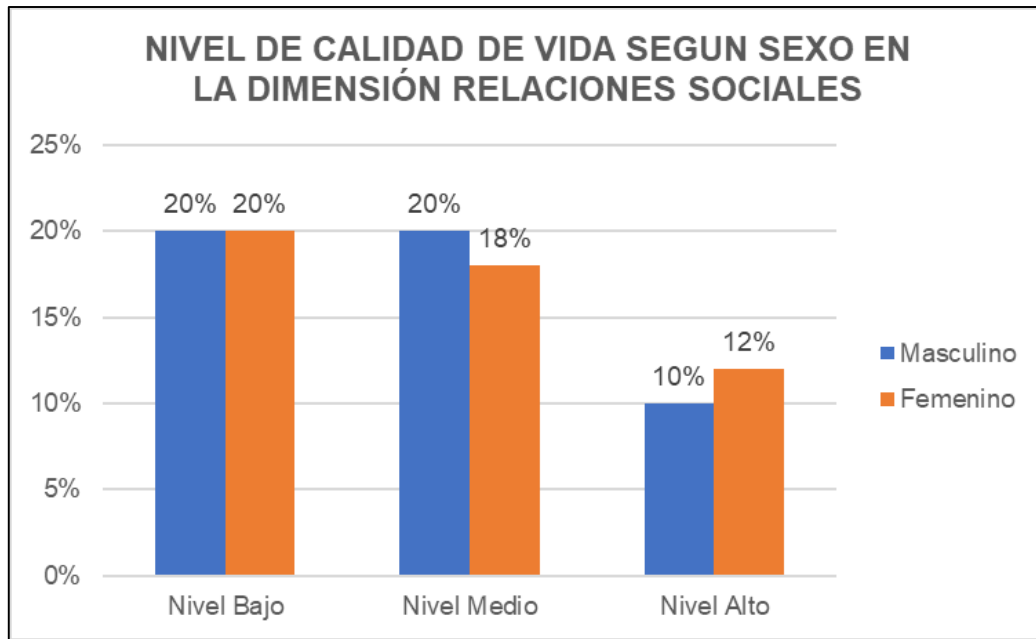


Figura 4. Calidad de vida del adulto mayor del PAGS, de acuerdo al sexo y dimensión relaciones sociales.

Nota: Elaborado con el Software SPSS

En la **dimensión entorno**, el 70% de los encuestado se localizan con un nivel bajo, el 22% en el nivel intermedio y 8% en un alto nivel de CV; como se puede observar en la tabla 6.

**Tabla 6.**

*Nivel de calidad de vida de pasientes del PAGS con DM 2 según su entorno*

		Nivel Bajo		Nivel Medio		Nivel Alto		Total
		n	%	n	%	n	%	
Sexo del	Masculino	17	34	6	12	2	4	25
encuestado	Femenino	18	36	5	10	2	4	25
Total		35	70	11	22	4	8	50

Nota: Elaborado con el Software SPSS

En la figura 5, el diagrama de barras muestra que; el 36 % de mujeres en la dimensión entorno obtuvieron un nivel de CV bajo, 10 % un nivel medio y 4% en un alto nivel; en tanto los hombres en esta dimensión muestran un 34% de CV en bajo nivel, 12% en medio nivel y 4% nivel alto.

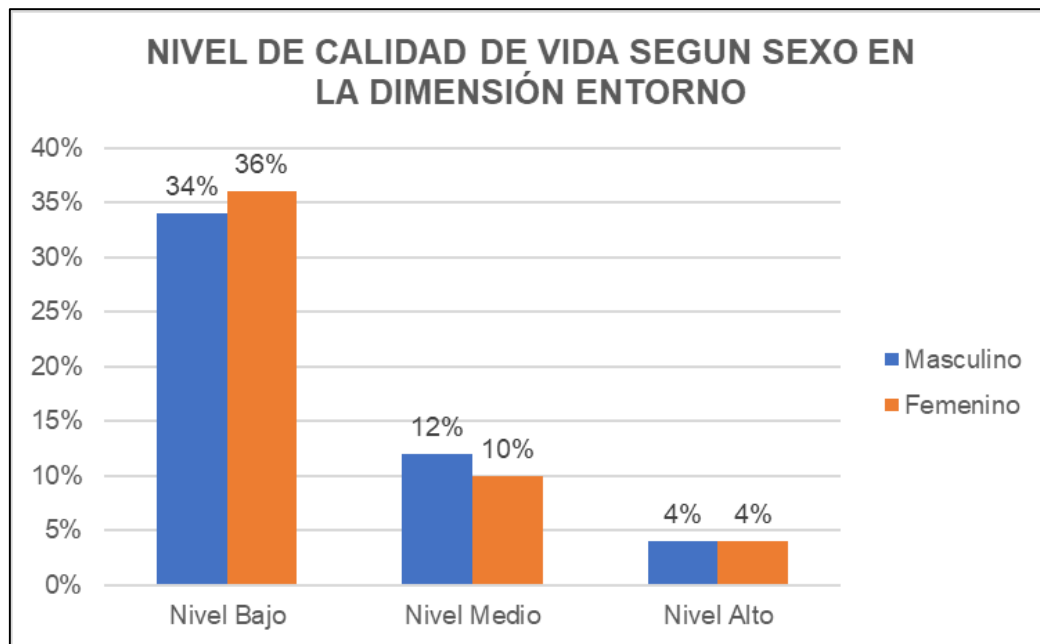


Figura 5. Nivel de calidad de vida de acuerdo al sexo y dimensión entorno

#### 4.2. Contrastación de hipótesis

Según los datos observados, se puede deducir que estos resultados no son concordantes con la hipótesis general; “La autopercepción sobre su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019, es bajo”; Puesto que de acuerdo a los objetivos específicos y los resultados del estudio muestran que el nivel de CV se encuentra en un nivel medio con el 52% en este nivel; correspondiendo el 28% a varones y el 24% a mujeres. Asimismo, que el 34% se encuentra en un nivel bajo y 14% presentan un nivel de CV alto. Dentro del 52% se observa que de los cuatro dominios tres de ellos D. Psicológico (64%); relaciones sociales (40%) y entorno (70%) respectivamente se encuentran en un nivel bajo; solo el Dominio físico es el que obtiene un 70% en un nivel medio.

1. De acuerdo a los resultados presentados, se rechazó la hipótesis específica; “La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión **física** en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo”. Obteniéndose que el 70% de los pacientes del estudio, tienen una autopercepción media en esta dimensión; correspondiendo al 34% de hombres y 36% de mujeres respectivamente.
2. De acuerdo a los resultados observados se aceptó la hipótesis específica; “La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión **psicológica** en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo”. En efecto, se advirtió que el 64% de los pacientes del estudio tienen un nivel bajo en esta dimensión; correspondiendo al 38% de hombres y 26% de mujeres respectivamente.
3. De acuerdo a los resultados obtenidos, se aceptó la hipótesis específica; “La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión **relaciones sociales** en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo”. Observándose que un 40% de los pacientes estudiados se encuentran en nivel bajo en esta dimensión; correspondiendo al 20% de hombres y 20% de mujeres respectivamente.  
En tanto que el 38% de los encuestados se ubicaron en un nivel medio y el 22% en el nivel alto en este dominio.
4. De acuerdo a los resultados observados se aceptó la hipótesis específica; La autopercepción sobre su calidad de vida en su **dimensión entorno** en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo”. En efecto, se pudo observar que un 70% de pacientes del estudio obtuvieron un bajo nivel en esta dimensión; correspondiendo al 34% de hombres y 36% de mujeres respectivamente.

### 4.3. Discusión de resultados

Podemos observar en el presente estudio descriptivo sobre la “Autopercepción de su calidad de vida en pacientes **adultos mayores** con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la Ciudad de Lambayeque, 2019”; que el 52% de los encuestados obtuvieron un nivel de CV medio; este porcentaje correspondió al 28% de hombres y al 24% mujeres. En cuanto al objetivo del estudio “Determinar la autopercepción sobre su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019”, se pudo observar que el nivel medio obtenido fue debido principalmente al dominio físico, ya que los otros tres dominios resultaron en un nivel bajo. Hay que notar que la CV de las mujeres en las dimensiones físicas presentan mejores resultados, esto puede deberse a factores asociados a la salud; como se menciona en Caballero P y Soto C (2017), cuyo estudio médico indicaba la asociación de factores con la CVRS con una muestra fue de 132 pacientes mayores, donde el 53% de éstos fueron varones; asimismo que de los pacientes el 84,2% de varones presentaron exceso de peso; en tanto que el 77% glicemia elevada; siendo los hombres los que obtuvieron la mayor concentración de esta (47.7%). De los encuestados 110 obtuvieron una CV global baja, resultando que el 54,54% fueron de sexo masculino. Concluyendo en su estudio que hay una asociación estadística significativa entre la edad, la glicemia y el nivel de CV; es decir que, a mayor edad y nivel de glucosa en sangre, menor es la CV en estos pacientes; evidenciando una menor CV en pacientes varones.

En el estudio se pudo observar también una consistencia interna del instrumento (WHOQOL-BREF), un alfa de 0.873 el cual es aceptable; tal como se pudo evidenciar en otros estudios como Hernandez, Chavez y Yhuri (2016), donde se encontró un alfa de consistencia interna mayor a 0.70. De acuerdo a Cutipa & Zamora (2020), donde evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento obteniendo un alfa de 0.7 a 0.8 siendo este un valor óptimo para la consistencia interna.



De acuerdo a los objetivos específicos y los resultados tenemos que:

1. En el estudio se observó que en la dimensión **física**, el 70% de encuestados; 32% de hombres y 38% de mujeres obtuvieron un nivel medio. En la investigación de Romero (2015) en el cual se estudió la percepción de esta enfermedad con la calidad de vida relacionándola con la salud (CVRS), se aprecia para el "SF-36" resultados relativamente por debajo respecto al componente salud física con una puntuación de 66.7; porcentaje que representa al 63.7% de los encuestados (44 encuestados); correspondiendo el 78.18 % a hombres y 56.25 % a mujeres; valorándose el componente en este estudio en un nivel alto de CVRS. En contraste se aprecia que la PAM mujeres del estudio del PAGES tienen una mejor CV en esta dimensión, observándose que el promedio de edad se encuentra en 64.6 para los hombres y 63.4 para las mujeres, pudiendo ser un factor por el cual la PAM mujeres muestra mejores resultados en esta dimensión.
2. Se observó que en la dimensión **psicológica**, el estado de autopercepción del nivel de CV en los pacientes adultos mayores con DM 2 se encuentra en el nivel bajo con (64%) de los encuestados; siendo este porcentaje perteneciente a 38% de hombres y 26% de mujeres, De estos se observa que en esta dimensión hay un mayor porcentaje de varones que perciben su calidad de vida en un nivel bajo. En Romero (2015) en el cual se estudió la percepción de la CVRS de esta enfermedad en 44 pacientes con DM2; se obtuvo 71.9 de puntuación, ubicando a la salud mental de los encuestados en un nivel alto; representando el 70.5% de los encuestados del cuestionario "SF-36", correspondiendo al 82.66% de hombres y 66.08% a mujeres del estudio. En Tremolada (2017) donde se analizaron a 40 PAM (24 varones y 16 mujeres) en un centro geriátrico (Lima), con un promedio de edad de 80.68 años , cuyos resultados del estudio de CVRS en el componente del dominio mental, obtuvieron el más alto puntaje con un promedio de 71.39 de puntuación general en este dominio; siendo la media de 78.4 para los hombres y 64.38 para las mujeres. Observando y contrastando estos estudios con la presente

investigación realizada; se observa que tanto en Tremolada como en Romero, los pacientes con diabetes; sin diabetes o con enfermedades crónicas, se encuentran por encima del 60 con una CVRS categorizada en estos como alta. Se puede mencionar que en este contraste las mujeres conservan una menor puntuación CVRS en esta salud mental que los hombres; en tanto en el estudio realizado el mayor porcentaje de pacientes se encuentran en un nivel bajo y pertenecen al 38% de hombres encuestados.

3. Con referencia a la dimensión **relaciones sociales** encontramos un nivel bajo con un (40%) de los encuestados; correspondiendo el 20% a hombres y 20% a mujeres, destacando que en esta dimensión también es muy cercana el nivel medio (38%), con 20% de varones y 18% a mujeres. En Romero (2015) menciona en su estudio que la percepción de la CVRS de esta enfermedad fue de 75.84 de puntuación, en la función social, ubicando esta función en un nivel alto de CVRS; esta puntuación representa el 77.3% de los encuestados del cuestionario "SF-36", correspondiendo al 89.88% de hombres y 63.04% de mujeres del estudio.
4. En tanto que en la **dimensión entorno** si es apreciable un nivel bajo (70%) de los encuestados; correspondiendo el 34 % correspondiente a hombres y el 36% a mujeres. Este nivel (bajo) en esta dimensión también se aprecia en Quintanar (2010) donde se obtuvo que el 80% de la PAM en la dimensión entorno del estudio se encontraron insatisfechos; con una mediana de 19 en la escala del instrumento, con el 45% en nivel normal de satisfacción; en lo que respecta a ingresos, medicamentos, apoyo comunitario, dificultad de acceso a recreación.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

Se concluye que la “Autopercepción de su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la Ciudad de Lambayeque, 2019”, se ve afectada con un nivel bajo en los dominios psicológico, social, entorno y con un nivel medio en la dimensión física. Obteniendo a nivel global el 52 % de autopercepción en un nivel medio de calidad de vida en la PAM de estudio.

1. En su dominio **física** el 70% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del PAGES de la ciudad de Lambayeque auto perciben su CV en un nivel medio; correspondiendo el 32% a los hombres y 38% a las mujeres del estudio.
2. En el dominio **psicológico**; el 64% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del PAGES de la ciudad de Lambayeque auto perciben su CV en un nivel bajo. Este porcentaje corresponde al 38% de los encuestados hombres y al 26% de las mujeres.
3. Para la dimensión (**relaciones sociales**); el porcentaje de autopercepción de la CV es equilibrado, siendo que el 40% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del PAGES de la ciudad de Lambayeque auto perciben su CV en un nivel en el nivel bajo, siendo el 20% para mujeres y 20% para los hombres.
4. En la dimensión **entorno**; el 70% de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del PAGES de la ciudad de Lambayeque auto perciben su CV en un nivel bajo; con el 34% correspondiente a hombres y el 36 % a mujeres en este nivel.

## **5.2. Recomendaciones**

Se recomienda; realizar nuevos estudios con un número mayor de muestra en adultos mayores.

Realizar estudios paralelos con otros tipos de instrumentos en pacientes de la tercera edad diagnosticados con este mal (DM 2), en el "Policlínico Agustín Gavidia Salcedo" de la ciudad de Lambayeque.

Realizar investigaciones en pacientes de la tercera edad, con diagnóstico de DM 2 en otros centros de salud de Lambayeque.

Desarrollar programas sociales que promuevan el bienestar de los adultos mayores con el fin de mejorar su calidad de vida y que ayuden a mejorar la auto percepción de la PAM en cada uno de sus dominios..

## REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *boletín sobre el envejecimiento*, 2.
- Agar, L. (2001). Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe. *Acta bioethica*, 27-41.
- Alcántara, G. (1 de Junio de 2008). La Definición de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad [Artículo]. 1(1). *Revista Universitaria de Investigación*. Recuperado el 21 de Abril de 2019
- Alcivar, M. E., & Gutierrez, J. N. (2017). Estado Nutricional y Hábitos Alimenticios del Adulto Mayor Jubilado, "Asociacion 12 de Abril" Cuenca, 2016. (s.n, Ed.) Cuenca, Ecuador, Cuenca. doi:dspace.ucuenca.edu.ec
- Alguacil, J. (Julio de 1998). *Ciudades para un futuro más sostenible*. Obtenido de [http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu\\_7.html](http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu_7.html)
- Almuiña, M., Alonso, O., Blanco, B., & Fernández, S. (2001). Factores Psicosociales presentes en la Tercera Edad. (E. y. Instituto Nacional de Higiene, Ed.) *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 2(39), 77-81.
- Aquino, Y. E. (2019). *repositorio.upch.edu.pe*. Recuperado el 2019, de [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6697/Efecto\\_AquinoMamani\\_Yhessica.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El%20WHOQOL%20DBREF%20contiene%2026,sociales%20y%20ambiente%20\(11\)](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6697/Efecto_AquinoMamani_Yhessica.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=El%20WHOQOL%20DBREF%20contiene%2026,sociales%20y%20ambiente%20(11)).
- Ardila, R. (20 de Enero de 2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 164-164. Recuperado el 20 de Enero de 2019, de [www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203)
- Asociación Médica Mundial. (5 de Mayo de 2015). *www.wma.net*. (A. M. Mundial, Ed.) Recuperado el 27 de Julio de 2019, de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Baldi, G., Devia, C., & Giménez, I. T. (Enero de 2012). Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos de la región de Cuyo, Argentina. 12(2). Argentina, Argentina. Recuperado el 18 de Febrero de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5229804.pdf>

- Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (16 de Julio de 2007). Calidad De Vida Relacionada Con La Salud (CVRS) En Adultos Mayores De 60 Años: Una Aproximación Teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24. Recuperado el 22 de Enero de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Caballero P, B. J., & Soto C, V. A. (1 de Enero de 2017). Factores Asociados Bajo Nivel de Calidad de Vida Relacionado a Salud en Pacientes con Diabetes. (D. d.-U. Información, Ed.) *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 3(1), 09-14. Recuperado el 15 de Junio de 2021, de <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/75>
- Cabove, M. I. (2006). *Derecho a la Ancianidad: Perspectiva Interdisciplinaria*. En: *Juris*, editor. Argentina: Juris.
- Calderón, L. S., & Zapata, I. A. (Octubre de 2013). *Identificación de los indicadores de la calidad de vida aplicables a la clase media de la ciudad de Quito [Tesis]*. Recuperado el 20 de Enero de 2019, de [dspace.ups.edu.ec](https://dspace.ups.edu.ec): <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5352/1/UPS-ST001032.pdf>
- Cardona, D., & Byron, H. (2005). La Flor de la vida. Pensemos en el adulto. Aspectos de la calidad de vida de la población adulta. *Revista Facultad Nacional Publica. Medellin*.
- Cardona, J. A., & Higuaita, L. F. (11 de Febrero de 2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189. Recuperado el 4 de Febrero de 2018, de <https://www.scielosp.org>: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rcsp/v40n2/spu03214.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v40n2/spu03214.pdf)
- Casanova, M. d., Trasancos, M., Orraca, O., Prats, O. M., & Gómez, D. B. (Abril de 2011). Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz, 2010. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(2), 145-156. Recuperado el 1 de Octubre de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942011000200014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200014)

- Cella, D., Tulsy, D., & Gray, G. (1990). Medición de la calidad de vida en la actualidad: aspectos metodológicos. *Oncology*, 29-38.
- Colegio de Psicólogos del Perú. (16 de Julio de 2018). *www.cpsp.pe*. (C. D. Nacional, Ed.) Obtenido de [https://www.cpsp.pe/documentos/marco\\_legal/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)
- Cutipa, L. M., & Zamora, K. J. (29 de Diciembre de 2020). *repositorio.ucv.edu.pe*. doi:20.500.12692/50917
- De la Cruz Estrella, R. S., & Fernández Munive, E. (2014). Sentimiento de soledad y calidad de vida en los adultos mayores del hogar "San Vicente de Paül"- Huancayo-2014.(Tesis). Huancayo, Junín, Perú.
- Devesa, E. (1993). Geriatria y Gerontologia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 93-99.
- Dulcey, E., & Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Rev Latinoam Psicol*, 34.
- Endériz, S., & Rebato, E. (2014). Revisión sobre envejecimiento y obesidad. Vizcaya, Vizcaya, España.
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Carrasco, R. L., & Bunout, D. (15 de Julio de 2010). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Medica de Chile*, 139(5), 579-586. doi:10.4067/S0034-98872011000500003
- Fergusson, M. E., Rodríguez, M. C., Duque, M. G., Ramírez, L. Y., & Pardo, O. B. (2006). ¿Qué significa la discapacidad? *Aquichan*, 78-91.
- García, A. J., & Marín, M. (2003). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud. *Rev Mafre Medicina*, 178.
- Garcia, D., & Ibañes, E. (1992). Calidad de vida en enfermos físicos. *Psiquiatría Fac Med Barc*, 148-61.
- Gobierno Nacional del Perú. (20 de 06 de 2016). Ley N°30490, Ley de la Persona Adulta Mayor. (C. d. Perú, Ed.) Lima, Lima, Perú: El Peruano. Recuperado el 15 de 04 de 2017, de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

- Gómez, M. Á. (2005). Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años.[Tesis Doctoral]. Granada, Andalucía, España: Editorial de la Universidad de Granada. Recuperado el 21 de Enero de 2019, de <https://hera.ugr.es/tesisugr/15519119.pdf>
- González, A. L. (2005). Calidad de vida en el adulto mayor. *DOCPLAYER*, 14.
- Grace J., C. (1997). *Desarrollo Psicológico*. Mexico: Prentice Hall.
- Hernandez, J., Chavez, S., & Yhuri, N. (22 de Febrero de 2016). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*(4), 688. doi:10.17843
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (Enero de 2014). *www.esup.edu.pe*. (MCGRAW-HILL, Ed.) Recuperado el 03 de Marzo de 2019, de <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista- Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor Vulnerable*. Mexico DF.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Jiménez, Y., Pintado, Y., Rodríguez, A., Guzmán, L., & Clavijo, M. (2010). Envejecimiento poblacional: tendencias actuales. *Psicogeriatría*(2). (V. E. SL, Ed.) Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Kinney, J., & Kart, C. (2001). *The realities of aging: an introduction to gerontology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Klaus F, R. (1977). *History of psychological gerontology*. New York: Nostrand V.
- Land, K., M. Andrews, F., & B. Withey, S. (1878). *Indicadores sociales de bienestar*. New York: Plenum.
- Levi, L., Andersson, L., & Jasso, R. (1980). *La tensión psicosocial: Población, ambiente y calidad de vida*. Mexico: Manual Moderno.
- Lizarzaburu, J. C. (21 de Abril de 2013). Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. *An Fac med*, 74(4), 315-20. Recuperado el 21 de Enero de 2019, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v74n4/a09v74n4.pdf>
- Llallahui, R. (11 de 12 de 2020). *repositorio.ucv.edu.pe*. doi:20.500.12692/48656



- Lledó, E. (1988). *Historia de la Etica Tomo I*. Barcelona: Camps V.
- López, F. J. (2016). Salud y prevención. (F. J. López Fernandez, Ed.) Almeria, Madrid, España: ACCI ediciones. Recuperado el 20 de Enero de 2019, de [www.vnetlibrerias.com](http://www.vnetlibrerias.com)
- Manrique, B. Á. (19 de 11 de 2014). <https://tesis.pucp.edu.pe>. doi:20.500.12404/5746
- Mansilla A, M. E. (29 de 12 de 2000). Etapas del desarrollo humano. 3(2). Lima, Lima, Perú: Revista de Investigación en Psicología.  
doi:10.15381/rinvp.v3i2.4999
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (15 de Enero de 2019). *Mayo Clinic*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2018, de Mayo Clinic:  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/diabetes/diagnosis-treatment/drc-20371451>
- Mazacón, B. N. (31 de Octubre de 2017). [cybertesis.unmsm.edu.pe](http://cybertesis.unmsm.edu.pe).  
doi:20.500.12672/6561
- Ministerio de la mujer y desarrollo social. (2006). Plan Nacional Para las Personas Adultas Mayores. *Plan Nacional Para las Personas Adultas Mayores*, 5.
- Ministerio de Salud. (2016). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. R.M. N° 719-2015/MINSA. Lima-Perú: Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas.
- Naciones Unidas. (22 de Noviembre de 2018). *Naciones Unidas*. Obtenido de Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Ñaupas, H., Valdivia, M. R., Palacios, J. J., & Romero, H. E. (Setiembre de 2018). [www.academia.edu](http://www.academia.edu). (E. d. U, Ed.) Recuperado el 11 de Julio de 2019, de [https://www.academia.edu/59660793/METODOLOG%C3%8DA\\_DE\\_LA\\_INVESTIGACI%C3%93N\\_5TA\\_EDICI%C3%93N](https://www.academia.edu/59660793/METODOLOG%C3%8DA_DE_LA_INVESTIGACI%C3%93N_5TA_EDICI%C3%93N)
- Orosa, T. (2003). *La tercera edad y la familia*. La Habana: Félix Varela.
- Palella, S., & Martins, F. (2006). *Metodología de la investigación cuantitativa* (Segunda ed.). Caracas, Venezuela: FEDUPEL. Recuperado el 2 de Julio de 2019, de <http://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23578w/w23578w.pdf>

- Pardo, G. (1 de Marzo de 2003). *Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento*. Recuperado el 4 de Abril de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002003000100008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008&lng=es&tlng=es).
- Picazzo, E., Gutiérrez, E., Infante, J. M., & Cantú, P. C. (s.f de Enero de 2011). La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *19(37)*. Hermosillo, Sonora, México: Estudios sociales. Recuperado el 19 de Mayo de 2018, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-45572011000100010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572011000100010)
- Quintana, S. (13 de Mayo de 2020). *unsm.edu.pe*. Recuperado el 20 de Mayo de 2020, de <https://unsm.edu.pe/wp-content/uploads/2020/05/silvestre-quintana-articulo-unsm-13-05-2020.pdf>
- Quintanar, A. (Noviembre de 2010). Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF.[Tesina de Pregrado]. (s.n, Ed.) Tetepango, Hidalgo, México. Recuperado el 18 de Enero de 2019, de [https://www.uaeh.edu.mx/nuestro\\_alumnado/esc\\_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf)
- Quintanilla, M. (2000). *Causas y consecuencias del envejecimiento; en enfermería geriátrica*. Barcelona: Mons.
- Quintero, G., & Torrijos, O. (1995). La Psicología Gerontológica en Cuba. *Centro Iberoamericano de la Tercera Edad*.
- Ramírez, A. (2012). *www.postgradoune.edu.pe*. (P. U. Javeriana, Ed.) Recuperado el 8 de Abril de 2019, de <https://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentos-academicos/ciencias-de-la-educacion/1.pdf>
- Real Academia Española. (2018). *rae.es*. Recuperado el 21 de Enero de 2019, de <https://www.rae.es/>
- Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada . (1999). La Naturaleza Compleja del Concepto de la Calidad de Vida. Más Allá de la Idea de "Bienestar". *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada* , 150-151.

- Rocabruno, J. C. (1999). Psicología del envejecimiento. *Editorial Científico-Técnica*, 91-99.
- Rodríguez, E. M. (7 de Febrero de 2012). Calidad de vida y percepción de salud en mujeres. *Invest Medicoquir*, 4(1), 245-259. Recuperado el 20 de Enero de 2019, de <https://pdfs.semanticscholar.org/d70f/e70ee6821d9ca578869bdbe9b30f7d1d4eb7.pdf>
- Rodríguez, R., & Melián, A. I. (s.a). *dialnet.unirioja.es*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6143734.pdf>
- Rojas, D. F., Díaz, P., Jaramillo, D. P., Ortega, M. E., Castellanos, J., & González, A. d. (Setiembre de 2018). Análisis Rasch del WHOQOL-BREF en adultos mayores de Búcamanga y Manizales. *Psicología desde el Caribe*, 35(3), 183-196. doi:<https://doi.org/10.14482/psdc.35.3.153>
- Romero, C. (24 de Junio de 2015). Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Lima, Perú. Recuperado el 15 de Agosto de 2018, de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/6098>
- Sanabria, M. S. (Junio de 2016). *riull.ull.es*. Recuperado el 04 de Abril de 2019, de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1>
- Sánchez, A. (s.f. de Enero de 2005). El Sentido de la Vida. 5. Camagüey, Camagüey, Cuba. Recuperado el 12 de 08 de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202005000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000100006)
- Sánchez, H., Reyes, C., & Mejía, K. (Junio de 2018). *www.urp.edu.pe*. (©. R. Palma, Ed.) Recuperado el Abril de 20 de 2019, de <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Szalai, A., & Frank M. , A. (1980). La calidad de vida: Estudios comparativos. *Investigación de Indicadores Sociales*, 119.

- Taibe, L. V. (2018). Valoración Geriátrica Integral Y Mortalidad En el Adulto Mayor con Fractura de Cadera Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2018. *Valoración Geriátrica Integral Y Mortalidad En El Adulto Mayor Con Fractura De Cadera Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2018[Tesis]*. Lima, Lima, Perú.  
Recuperado el 21 de Enero de 2019, de [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/4923/3/taipe\\_mv.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/4923/3/taipe_mv.pdf)
- Tirado, E., & Mamani, F. (Octubre de 2018). (©. K. (KAS), Ed.) Recuperado el 7 de Abril de 2019, de <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>
- Torres, C. A. (Diciembre de 2010). Calidad de vida: realidad y percepción. Bogotá, Colombia: Revista Bitácora Urbano Territorial.
- Tremolada, S. (15 de Diciembre de 2017). *tesis.pucp.edu.pe*. doi:20.500.12404/9855 Universidad Inca Garcilaso de la Vega-Facultad de Enfermería. (s.f). [www.uigv.edu.pe](http://www.uigv.edu.pe). Recuperado el 20 de Julio de 2019, de [https://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/enfermeria/GUIA\\_PARA\\_PROYECTO\\_DE\\_INVESTIGACION\\_FE\\_UIGV.pdf](https://www.uigv.edu.pe/fileadmin/facultades/enfermeria/GUIA_PARA_PROYECTO_DE_INVESTIGACION_FE_UIGV.pdf)
- Untiveros, C. F., Nuñez, O., Tapia, G. G., & Tapia, L. M. (2004). *Complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud - Cañete*. Cañete: Rev Med Hered.
- Valandia, A. L. (28 de Septiembre de 2011). *Publicaciones y Reflexiones*. Obtenido de Publicaciones y Reflexiones: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2011/09/ana-luisa-velandia-mora-investigacion.html>
- Villena, J. E. (2016). Epidemiología de la diabetes mellitus en el Perú. *ALAFARPE*, 55(4), 173-81. doi:142.44.242.51
- World Health Organization. (s.f de Marzo de 2012). <https://www.who.int/>. (O. M. Salud, Ed.) Recuperado el 8 de Febrero de 2019, de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

## **ANEXOS**

**Anexo 1 . Matriz de consistencia interna “Auto percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque”**

<b>Problema general</b>	<b>Objetivo general</b>	<b>Hipótesis general</b>	<b>Variables</b>	<b>Metodología</b>
¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019?	Determinar la autopercepción sobre su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019	La autopercepción sobre su calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, es bajo.	<p>Variable Independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.</li> </ul> <p>Variable dependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calidad de vida en su dimensión física.</li> <li>- Calidad de vida en su dimensión psicológica.</li> </ul>	<b>Tipo de investigación</b>
				Básico.
				<b>Nivel de investigación</b>
				Descriptivo simple.
				<b>Diseño de investigación</b>
				No experimental, transaccional y Descriptivo.
				<b>Método de investigación</b>
Análisis – Síntesis Método de Caso				
<b>Unidades de análisis</b>				
Adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del “Policlínico				

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calidad de vida en su dimensión de relaciones sociales.</li> <li>- Calidad de vida en su dimensión relacionada a su entorno.</li> </ul>	<p>Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque”.</p>
				<p><b>Población</b></p> <p>La población se considera un aproximado de 160 adultos mayores adscritos a la institución.</p>
				<p><b>Muestra</b></p> <p>Se trabajará con 50 pacientes adultos mayores varones y mujeres llamados también de la tercera edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II del “Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque”.</p> <p>Seleccionados mediante un muestreo sistemático, por ser una población con un tamaño definido de individuos.</p>
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Hipótesis específicas</b>		<b>Técnicas e instrumentos de investigación</b>

<p>1. ¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en su dimensión <b>física</b> en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo” de la ciudad de Lambayeque, 2019?</p>	<p>1. Identificar la autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión <b>física</b> en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019</p>	<p>1. La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión <b>física</b> en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo</p>		<p><b>Técnica</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento</b> Cuestionario WHOQOL-BREF.</p>
<p>2. ¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en su dimensión <b>psicológica</b> en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019?</p>	<p>2. Identificar la autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión <b>psicológica</b> en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019.</p>	<p>2. La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión <b>psicológica</b> en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo.</p>		
<p>3. ¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en su</p>	<p>3. La autopercepción sobre su calidad de vida en su <b>dimensión</b></p>	<p>3. La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión <b>relaciones</b></p>		



<p><b>dimensión relaciones</b> sociales en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019?</p>	<p><b>relaciones sociales</b> en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019.</p>	<p><b>sociales</b> en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo..</p>		
<p>4. ¿Cuál es la autopercepción de su calidad de vida en su dimensión de su <b>entorno</b> en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque, 2019?</p>	<p>4. Identificar la autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión <b>entorno</b> en los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019.</p>	<p>4. La autopercepción sobre su calidad de vida en su dimensión <b>entorno</b> en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la ciudad de Lambayeque,2019, se encuentra en un nivel bajo.</p>		

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo 2. Matriz de operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de análisis	Dimensión	Ítems	Indicadores
Calidad de vida de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo II.	Celia & Tulsy (1990) citados en Ardila (2003) mencionan que; la CV es la estimación, balance que el paciente realiza sobre su vida, su satisfacción con el nivel presente de funcionamiento, con el estado que percibe como el ideal (Ardila 2003). La CV desde la perspectiva del adulto mayor es entendida como la sensación de bienestar físico y emocional, relacionado a su actividad diaria (Quintanar, 2010).	Se medirá con el test WHOQOL-BREF del grupo WHOQOL (Quintanar, 2010). Está compuesto por cuatro dominios, teniendo los siguientes ítems por dominio; dominio físico 7, en el psicológico 6, en el social 3; en el entorno 8. Cada pregunta consta de categorías tipo Likert 1-5. Obteniéndose puntajes en cada dominio, evaluando en función a estos, el estado de calidad de vida. El valor obtenido en cada ítem es empleado para computar el puntaje total en dominio (De la Cruz & Fernández, 2014). Se llevará a cabo su aplicación en adultos mayores varones y mujeres con DM2	Adultos mayores con diabetes mellitus tipo ii, del policlínico Agustín Gavidia salcedo de la ciudad de Lambayeque	Física	P3, P4, P10, P15, P16, P17 P18,	Bajo Medio alto
				Psicológica	P5, P6, P7, P11, P19, P26	Bajo Medio alto
				Relaciones sociales	P20, P21, P22	Bajo Medio alto
				Entorno	P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25	Bajo Medio alto

Fuente: Elaboración propia.

### Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos (cuestionario WHOQOL-BREF)

## CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: Marque con un aspa en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

**Sexo** : Hombre  Mujer

**¿Cuándo nació?** : Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**¿Qué estudios tiene? :**

Ninguno  Primarios  Medios  Universitarios

**¿Cuál es su estado civil? :**

Soltero /a  Separado/a  Casado/a  Divorciado/a  En pareja   
 Viudo/a

**¿En la actualidad, está enfermo/a?** Sí  No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es?  
\_\_\_\_\_ Enfermedad  Problema   
.

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Nº	Preguntas/ ítems	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1.	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		<b>Muy insatisfecho/a</b>	<b>Insatisfecho/a</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante satisfecho/a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>
2.	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
3.	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Bastante</b>	<b>Totalmente</b>
10.	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15.	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho(a) o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.						
		<b>Muy insatisfecho/a</b>	<b>Insatisfecho/a</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante satisfecho/a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>

16.	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17.	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18.	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19.	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20.	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21.	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23.	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24.	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25.	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.						
		<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Mediana mente</b>	<b>Frecuentem ente</b>	<b>Siempre</b>
26.	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

**A MAYOR PUNTUACIÓN MEJOR CALIDAD DE VIDA**

Fuente: Mira (2013).

Nota: Versión Española del WHOQOL-BREF; adaptado de "Sentido de coherencia y calidad de vida en la tercera y cuarta edad". Mira (2013)

## Anexo 4. Confiabilidad y validez de los instrumentos

**Certificado de validez de contenido del instrumento que la Calidad de Vida  
WHOQOL-BREF**

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**MD: Muy en desacuerdo, D: Desacuerdo, A: Acuerdo, MA: Muy de acuerdo**

N°	DIMENSION / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>				Relevancia <sup>2</sup>				Claridad <sup>3</sup>				Sugerencias
		MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	
<b>DIMENSIÓN 1: SALUD FÍSICA</b>														
1 (3)	¿Hasta qué punto siente que el dolor físico le impide hacer lo que necesita hacer?				✓				✓				✓	
2 (4)	¿Cuánto tratamiento médico necesita para desenvolverse en su vida diaria?	X					X				X			Precisar.
3 (10)	¿Tiene suficiente energía en su vida diaria?				✓				✓				✓	
4 (15)	¿Qué tan bien puede movilizarse?	X					X				X			Precisar
5 (16)	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de dormir?	X					X				X			Precisar
6 (17)	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de realizar actividades de la vida diaria?				✓				✓				✓	
7 (18)	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?				✓				✓				✓	
<b>DIMENSIÓN 2: SALUD PSICOLÓGICA</b>														
8 (5)	¿Cuánto disfruta la vida?				✓				✓				✓	
9 (6)	¿Hasta qué punto siente que su vida es significativa?				✓				✓				✓	
10 (7)	¿Eres capaz de concentrarte?				✓				✓				✓	
11 (11)	¿Aceptas tu apariencia física?				✓				✓				✓	
12 (19)	¿Qué tan satisfecho está consigo mismo?				✓				✓				✓	
13 (26)	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperación, ansiedad, depresión?				✓				✓				✓	
<b>DIMENSIÓN 3: RELACIONES SOCIALES</b>														
14 (20)	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?				✓				✓				✓	
16 (21)	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?				✓				✓				✓	
16 (22)	¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que recibe de sus amigos?				✓				✓				✓	

N°	DIMENSION / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>				Relevancia <sup>2</sup>				Claridad <sup>3</sup>				Sugerencias
		MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	
<b>DIMENSIÓN 4: RELACIONES AMBIENTALES</b>														
17 (8)	¿Se siente seguro en su vida diaria?				✓				✓				✓	
18 (9)	¿Qué tan saludable es el entorno donde vive?	X					X				X			Precisar
19 (12)	¿Tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?				✓				✓				✓	
20 (13)	¿Dispone de la información que necesita en su vida diaria?				✓				✓				✓	
21 (14)	¿Hasta qué punto tiene la oportunidad de realizar actividades de recreación?		X				X				X			Precisar
22 (23)	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones de su hogar?				✓				✓				✓	
23 (24)	¿Qué tan satisfecho está con su acceso a los servicios de salud?				✓				✓				✓	
24 (25)	¿Qué tan satisfecho está con el transporte?				✓				✓				✓	

Observaciones: \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable [ ]   Aplicable después de corregir [X]   No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Dr. Ignacio de Loyola Pérez Díaz   DNI: 08341128

Especialidad del validador: Psicólogo Clínico - Educativo - Doc. E.P. Psicología UCV - Lima Este

FECHA: 08/12/2019



Firma del Experto Informante.

Especialidad  
Dr. Ignacio de Loyola Pérez Díaz  
 PSICÓLOGO CLÍNICO EDUCATIVO  
 CPP 4633

Fuente: Cutipa & Zamora (2020)

**Certificado de validez de contenido del instrumento que la Calidad de Vida  
WHOQOL-BREF**

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**MD: Muy en desacuerdo, D: Desacuerdo, A: Acuerdo, MA: Muy de acuerdo**

N°	DIMENSION / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>				Relevancia <sup>2</sup>				Claridad <sup>3</sup>				Sugerencias
		MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	
<b>DIMENSIÓN 1: SALUD FÍSICA</b>														
1 (3)	¿Hasta qué punto siente que el dolor físico le impide hacer lo que necesita hacer?				✓				✓				✓	
2 (4)	¿Cuánto tratamiento médico necesita para desenvolverse en su vida diaria?				✓				✓				✓	
3 (10)	¿Tiene suficiente energía en su vida diaria?				✓				✓				✓	
4 (15)	¿Qué tan bien puede movilizarse?				✓				✓				✓	
5 (16)	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de dormir?				✓				✓				✓	
6 (17)	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de realizar actividades de la vida diaria?				✓				✓				✓	
7 (18)	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?				✓				✓				✓	
<b>DIMENSIÓN 2: SALUD PSICOLÓGICA</b>														
8 (5)	¿Cuánto disfruta la vida?				✓				✓				✓	
9 (6)	¿Hasta qué punto siente que su vida es significativa?				✓				✓				✓	
10 (7)	¿Eres capaz de concentrarte?				✓				✓				✓	
11 (11)	¿Aceptas tu apariencia física?				✓				✓				✓	
12 (19)	¿Qué tan satisfecho está consigo mismo?				✓				✓				✓	
13 (20)	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperación, ansiedad, depresión?				✓				✓				✓	
<b>DIMENSIÓN 3: RELACIONES SOCIALES</b>														
14 (20)	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?				✓				✓				✓	
15 (21)	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?				✓				✓				✓	
16 (22)	¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que recibe de sus amigos?				✓				✓				✓	

N°	DIMENSION / Ítems	Pertinencia <sup>1</sup>				Relevancia <sup>2</sup>				Claridad <sup>3</sup>				Sugerencias
		MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	MD	D	A	MA	
<b>DIMENSIÓN 4: RELACIONES AMBIENTALES</b>														
17 (8)	¿Se siente seguro en su vida diaria?				✓				✓				✓	
18 (9)	¿Qué tan saludable es el entorno donde vive?				✓				✓				✓	
19 (12)	¿Tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?				✓				✓				✓	
20 (13)	¿Dispone de la información que necesita en su vida diaria?				✓				✓				✓	
21 (14)	¿Hasta qué punto tiene la oportunidad de realizar actividades de recreación?				✓				✓				✓	
22 (23)	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones de su hogar?				✓				✓				✓	
23 (24)	¿Qué tan satisfecho está con su acceso a los servicios de salud?				✓				✓				✓	
24 (25)	¿Qué tan satisfecho está con el transporte?				✓				✓				✓	

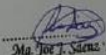
Observaciones: \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Mg. José Sáenz Teneo    DNI: 43570221

Especialidad del validador: Docente de Pruebas Psicológicas - Psicólogo clínico

FECHA: 04-12-2019

  
 Mg. José Sáenz Teneo  
 PSICÓLOGO  
 C. P.L.P. 22210

Firma del Experto Informante.  
 Especialidad \_\_\_\_\_

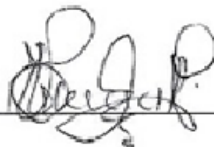
## **Anexo 5. Carta de aceptación para la aplicación de los instrumentos**

### **DECLARACIÓN JURADA DE REALIZACIÓN DE ESTUDIO**

Yo, Virginia Dávila Pérez; Bachiller en el área de Psicología identificada con DNI N° 17622150 declaro bajo juramento que la información contenida en mi estudio de investigación "AUTO PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, DEL POLICLÍNICO AGUSTÍN GAVIDIA SALCEDO DE LA CIUDAD DE LAMBAYEQUE" para optar el título de "Licenciada en Psicología" por la modalidad de Tesis, se ha desarrollado el 20 de abril del año 2019 en las instalaciones del "Policlínico Agustín Gavidia Salcedo-Essalud de la Ciudad de Lambayeque" ; asimismo que todos los datos presentados en esta investigación se ajusta a la realidad encontrada en los voluntarios del estudio.

Teniendo carácter de Declaración Jurada; autorizando a la Universidad, a realizar la verificación de la autenticidad de los mismos, si lo considerase necesario.

Lambayeque 07 de julio 2022



Bch. Virginia Dávila Pérez.



**Anexo 6 . Base de datos “Tabla de distribución de datos cuestionario WHOQOL-BREF”**

N°	EDAD	SEXO	CALIDAD DE VIDA																								Puntajes Transformados (0-100)						
			P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	D1	D2	D3	D4	TOTAL
1	60	1	2	2	4	5	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	5	44	44	44	19	151
2	61	2	2	1	3	4	1	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
3	62	2	1	2	3	3	2	3	2	3	4	3	4	3	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	56	44	56	50	206	
4	63	1	2	3	5	3	3	3	2	2	4	3	2	2	4	4	3	2	4	3	4	2	3	4	4	4	3	4	56	50	50	63	219
5	64	1	2	2	4	5	2	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	5	44	44	44	25	157	
6	65	2	2	1	3	4	1	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
7	61	2	1	1	4	5	2	3	4	4	4	4	3	2	2	4	4	3	3	4	3	4	2	3	4	4	3	3	63	50	50	69	232
8	62	2	2	2	3	4	1	2	3	4	2	2	3	1	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	5	38	44	44	25	151	
9	63	1	2	3	3	3	2	2	2	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	25	31	19	13	88	
10	64	1	2	2	4	5	2	3	3	3	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	5	44	50	44	25	163	
11	62	1	2	1	3	4	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
12	63	2	3	1	5	3	4	4	4	4	3	1	1	2	2	2	1	1	3	2	2	3	3	3	2	2	5	38	69	44	25	176	
13	64	2	2	2	4	5	2	3	3	3	4	3	4	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	50	50	19	31	150	
14	65	1	1	3	3	4	1	2	2	3	4	3	2	2	4	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	56	31	56	56	199	
15	66	1	3	2	4	5	2	2	4	4	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	5	44	56	44	25	169	
16	67	1	2	1	3	4	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
17	68	2	3	1	4	5	2	3	4	3	1	1	2	2	2	1	1	3	4	3	4	2	3	4	4	4	3	50	50	50	38	188	
18	66	1	2	2	3	4	1	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	5	44	38	44	38	164	
19	67	2	1	3	3	3	2	3	2	4	4	3	2	3	4	4	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	38	38	19	44	139	
20	68	1	3	2	4	5	2	2	3	3	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	5	44	50	31	25	150	
21	60	2	2	1	3	4	1	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
22	61	2	3	1	5	3	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	5	50	69	44	56	219	
23	62	2	2	2	4	5	2	3	3	4	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	4	44	44	19	19	126	
24	70	1	1	3	4	4	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	44	31	50	31	156	
25	61	2	3	2	4	5	2	3	4	4	2	2	3	1	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	5	44	56	44	25	169	
26	62	1	2	1	3	4	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
27	63	2	3	1	4	5	2	3	4	3	1	1	2	2	2	1	1	3	4	3	4	2	3	4	4	4	3	50	50	50	38	188	
28	64	1	2	2	3	4	1	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	5	38	44	44	44	170	
29	62	1	1	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	38	50	19	25	132	
30	60	2	3	2	4	5	2	3	4	4	2	2	3	1	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	5	44	56	44	25	169	
31	61	2	2	1	3	4	1	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
32	62	1	3	1	5	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	5	44	44	44	38	170	
33	70	2	2	2	4	5	2	3	3	4	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	44	44	19	19	126	
34	61	2	1	3	3	4	1	2	2	3	1	1	2	2	2	1	1	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	44	31	56	31	162	
35	67	2	3	2	4	5	2	3	4	4	2	2	3	1	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	5	44	56	44	25	169	
36	68	1	2	1	3	4	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
37	66	1	2	1	4	5	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	1	2	4	3	4	2	3	4	4	4	3	4	44	44	50	38	176
38	67	1	2	2	3	4	1	2	3	3	4	3	4	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	5	44	50	44	44	182	
39	62	2	1	3	3	3	2	3	2	2	4	3	2	3	4	4	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	38	38	19	38	133	
40	63	2	3	2	4	5	2	3	2	3	2	2	3	1	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	5	44	50	44	25	163	
41	64	1	2	1	3	4	1	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
42	60	1	3	1	5	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	5	44	44	44	31	163	
43	61	1	2	2	4	5	2	2	3	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	44	44	19	13	120	
44	62	2	1	3	3	4	1	2	2	3	1	1	2	2	2	1	1	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	44	31	56	31	162	
45	65	2	3	2	3	5	2	3	3	3	2	2	3	1	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	4	44	50	44	25	163	
46	66	1	2	1	3	4	1	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	31	31	19	13	94	
47	67	1	2	1	4	5	2	2	3	3	1	1	2	2	2	1	1	2	3	3	3	2	3	4	3	2	3	4	44	44	50	31	169
48	68	1	2	2	3	4	1	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	5	44	44	44	38	170	
49	62	2	1	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	4	38	38	19	31	126	
50	63	2	3	2	4	5	2	3	4	4	2	2	3	1	1	2	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	5	44	56	44	25	169	

Nota: Elaborado con el Software Excel; en la columna (Sexo), (1) es para hombres y (2) para mujeres. Las columnas P1 a P26 contienen las respuestas al cuestionario y las columnas D1 a D4 los puntajes por dominio. Las preguntas P3; P4; P26 se presentan revertidas.

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo 7. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ÁREA DE PSICOLOGÍA

Sr(a) usuario, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicarle el uso y confidencialidad de sus datos, así como el procedimiento de este estudio de investigación en el área de psicología. Si tiene cualquier duda o consulta, realícela con el/la responsable de la investigación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

En el presente documento de consentimiento informado, todos los datos recopilados en el cuestionario WHOQOL-BREF y entrevista conservarán el anonimato y confidencialidad respectiva, con los derechos de privacidad de cada persona.

Debe llenar cada una de las preguntas contenidas en el cuestionario conforme a la explicación realizada.

Se debe precisar que usted puede dejar de responder el cuestionario cuando así lo decida; sin embargo, se le pide por favor, llenar la totalidad de las preguntas contenidas en el cuestionario.

Todo lo anterior mencionado tiene derecho en cuanto empiece a llenar el cuestionario del estudio.

Gracias por su valiosa participación.

Atte.



Bch. Virginia Dávila Pérez

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por \_\_\_\_\_ He sido informado de que la meta de este estudio es \_\_\_\_\_

---

Participante N°: \_\_\_\_\_

## **Anexo 8. Declaración de confidencialidad**

### **DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD**

Yo, Virginia Dávila Pérez; Bachiller en el área de Psicología identificada con DNI N° 17622150 declaro bajo juramento que la información contenida en mi estudio de investigación "AUTO PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO II, DEL POLICLÍNICO AGUSTÍN GAVDIA SALCEDO DE LA CIUDAD DE LAMBAYEQUE" para optar el título de "Licenciada en Psicología" por la modalidad de Tesis, se ajusta a la realidad encontrada y a la información recopilada de las fuentes de referencia.

Asimismo, que toda la información recopilada de los voluntarios del estudio se le ha dado un tratamiento confidencial.

Teniendo carácter de Declaración Jurada; autorizando a la Universidad, a realizar la verificación de la autenticidad de los mismos, si lo considerase necesario.

Lambayeque 07 de julio 2022

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Virginia Dávila Pérez', is written over a horizontal line.

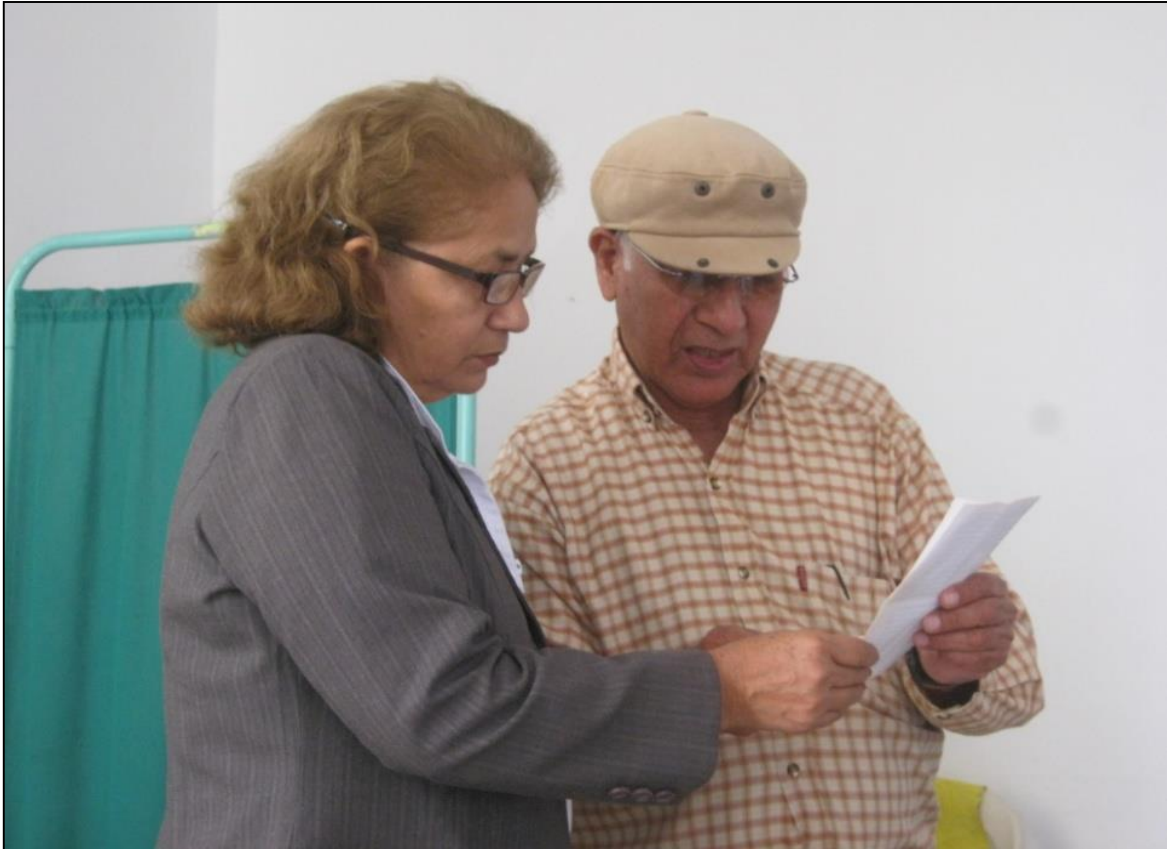
Bch. Virginia Dávila Pérez.

## Anexo 9. Evidencias fotográficas



Nota: Explicación del instrumento WHOQOL-BREF; a los voluntarios del estudio y a sus familiares que acompañaron a los voluntarios del estudio.

Fuente: Elaboración propia



Nota: Resolviendo dudas del instrumento WHOQOL-BREF; a los voluntarios del estudio.

Fuente: Elaboración propia

**Anexo 10. Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus Tipo II, del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo de la Ciudad De Lambayeque**

<b>VARIABLE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	25	50.0
Femenino	25	50.0
Total de Muestra	50	100.0
<b>Calidad de Vida</b>		
Nivel Bajo	17	34
Nivel Medio	26	52
Nivel Alto	7	14
Total	50	100,0
<b>Dimensión Física</b>		
Nivel Bajo	11	22,0
Nivel Medio	35	70,0
Nivel Alto	4	8.0
Total	50	100,0
<b>Dimensión psicológica</b>		
Nivel Bajo	32	64,0
Nivel Medio	16	32,0
Nivel Alto	2	4.0
Total	50	100,0
<b>Dimensión relaciones sociales</b>		
Nivel Bajo	20	40,0
Nivel Medio	19	38,0
Nivel Alto	11	22.0
Total	50	100,0
<b>Dimensión entorno</b>		
Nivel Bajo	35	70,0
Nivel Medio	11	22,0
Nivel Alto	4	8.0
Total	50	100,0

Nota: Los datos del nivel de calidad de vida en pacientes de la tercera edad han sido tomados considerando las dimensiones físicas, psicológicas, de relaciones sociales y el entorno; procesados con software SPSS.

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo 11. Dominios niveles y rangos del cuestionario WHOQOL-BREF

DOMINIOS	PREGUNTAS
D1: FISICO (7 ítems)	P3, P4, P10, P15, P16, P17, P18
D2: PSICOLOGICO (6 ítems)	P5, P6, P7, P11, P19, P26
D3: RELACIONES SOCIALES (3 ítems)	P20, P21, P22
D4: ENTORNO (8 ítems)	P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25
<b>TOTAL 24 PREGUNTAS</b>	

Niveles y Rangos	Bajo	Medio	Alto
Calidad de vida	(88 - 136)	(137- 185 )	(186 - 232)
FISICO	( 25 - 37)	(38 - 50 )	( 51- 63)
PSICOLOGICO	(31 - 44 )	(45 - 58)	( 59- 69)
RELACIONES SOCIALES	( 19 - 31)	( 32 - 44 )	( 45 - 56 )
ENTORNO	( 13 - 31)	(32 - 50 )	( 51 - 69)

Nota: Adaptado de World Health Organization, revisión 2012.

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo 12. Confiabilidad del Instrumento WHOQOL-BREF de acuerdo al Alfa de Cronbach

---

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,867	0,867	26
0,873	0,874	24

---

Nota: Elaborado con el software SPSS.

Fuente: Elaboración propia.