



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

“FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025”

Presentado por:

HUAMANI HUAROTO FERNANDO JESUS

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **3%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 12 de mayo del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRIÓN



TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA, 2025”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

BACH. HUAMANI HUAROTO FERNANDO JESUS

ASESOR:

DRA. CARMEN ROSARIO VERA CÁCERES

ICA – PERÚ

2026

DEDICATORIA:

A: Sonia Nieves Huaroto Huachin y Héctor Huamani
Sayritupac, mis padres.

AGRADECIMIENTOS:

A: Dra. Carmen rosario vera Cáceres, asesora de mi presente tesis, por su orientación y valioso apoyo durante el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE

	PÁG.
1. PORTADA	I
2. DEDICATORIA	II
3. AGRADECIMIENTOS	III
4. ÍNDICE DE CONTENIDOS	IV
5. ÍNDICE DE TABLAS	V
6. ÍNDICE DE FIGURAS	VI
7. RESUMEN	VII
8. ABSTRACT	VIII
9.INTRODUCCIÓN	1
10. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	25
11.RESULTADOS	29
12.. DISCUSIÓN	63
13. CONCLUSIONES	68
14. RECOMENDACIONES	69
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
16.ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS

N°		PAG.
Tabla 01	Edad De Los Pacientes Diabéticos Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025	29
Tabla 02	Sexo De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	31
Tabla 03	Tiempo De Enfermedad De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	33
Tabla 04	Estado Nutricional De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	35
Tabla 05	Pie Diabético De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	37
Tabla 06	Nefropatía En Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	39
Tabla 07	Retinopatía En Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	41
Tabla 08	Edad Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	43
Tabla 09	Sexo Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	45
Tabla 10	Estado Nutricional Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	47
Tabla 11	Pie Diabético Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	49
Tabla 12	Nefropatía Diabética Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	51
Tabla 13	Retinopatía Diabética Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	53
Tabla 14	Puntaje Y Clasificación Predominante De La Calidad De Vida De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025	55
Tabla 15	Calidad De Vida De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025	57

ÍNDICE DE FIGURAS

N°		PAG.
Figura 01	Edad De Los Pacientes Diabéticos Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025	30
Figura 02	Sexo De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	32
Figura 03	Tiempo De Enfermedad De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	34
Figura 04	Estado Nutricional De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	36
Figura 05	Pie Diabético De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	38
Figura 06	Nefropatía En Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	40
Figura 07	Retinopatía En Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	42
Figura 08	Edad Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	44
Figura 09	Sexo Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	46
Tabla 10	Estado Nutricional Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	48
Figura 11	Pie Diabético Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	50
Figura 12	Nefropatía Diabética Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	52
Figura 13	Retinopatía Diabética Asociado A La Calidad De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025.	54
Figura 14	Puntaje Y Clasificación Predominante De La Calidad De Vida De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025	56
Figura 15	Calidad De Vida De Los Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 En El Hospital Regional De Ica, Periodo Año 2025	58

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica, 2025.

Metodología: El estudio fue cuantitativo, observacional, analítico y de corte transversal, realizado en 362 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el año 2025. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. El análisis incluyó estadística bivariada ($p < 0.05$), respetando principios éticos. En una muestra de 362 pacientes diabéticos.

Resultados: Se observó una mediana de edad de 61,98 años (Rango 49), con ligero predominio femenino (52.2%) además de una mayor proporción de 5 a 10 años de enfermedad (61,9%); con 10,5% de pacientes con bajo peso y 19.6% obesos, 39.0% de pacientes tuvieron pie diabético complicado, 11.3% tuvo nefropatía y 7.7% retinopatía. 11.0% tuvieron buena calidad de vida, 66,6% tuvo regular y 22,4% tuvo mala calidad de vida. La mala calidad de vida estuvo asociada a: edad de 55 años a más $p < 0,05$, en los de sexo masculino $p = 0,001$, bajo grado de instrucción $p > 0,05$, tiempo de evolución de la diabetes mayor de 10 años $p < 0,05$, mala nutrición (bajo peso o sobrepeso) $p < 0,05$, tener pie diabético $p < 0,05$, tener nefropatía $p < 0,05$, tener retinopatía $p = 0,001$.

Conclusiones: En esta población, edad de 55 años a más, sexo masculino, bajo grado de instrucción, tiempo de evolución de la diabetes mayor de 10 años, mala nutrición (bajo peso o sobrepeso), tener pie diabético, tener nefropatía, tener retinopatía.

Palabras claves: Calidad de vida, Diabetes mellitus, Diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus treated at the Regional Hospital of Ica in 2025.

Methodology: The study was quantitative, observational, analytical, and cross-sectional, conducted on 362 patients with type 2 diabetes mellitus treated at the Regional Hospital of Ica during 2025. Sociodemographic and clinical data were collected. The analysis included bivariate statistics ($p < 0.05$), following ethical principles. The total population included 362 diabetic patients.

Results: The median age was 61.98 years (range 49), with a slight female predominance (52.2%) and a low educational level, between primary and secondary education (60.1%). Most patients had diabetes for 5 or more years (61.9%); 10.5% of patients were underweight and 19.6% were obese. Diabetic foot was present in 39.0% of patients, nephropathy in 11.3%, and retinopathy in 7.7 %. Regarding quality of life, 11% had good quality of life, 66.6% had fair, and 22.4% had poor quality of life. Poor quality of life was associated with: age 55 years or older ($p < 0.05$), male sex ($p = 0.001$), low educational level ($p > 0.05$), diabetes duration greater than 10 years ($p < 0.05$), poor nutrition (underweight or overweight) ($p < 0.05$), diabetic foot ($p < 0.05$), nephropathy ($p < 0.05$), and retinopathy ($p = 0.001$).

Conclusions: In this population, poor quality of life was associated with age 55 years or older, male sex, low educational level, diabetes duration greater than 10 years, poor nutrition (underweight or overweight), presence of diabetic foot, nephropathy, and retinopathy.

Keywords: Quality of life, Diabetes mellitus, Type 2 diabetes mellitus.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad crónica caracterizada por niveles elevados de azúcar en la sangre, lo que afecta la calidad de vida (CV) de los pacientes. Su prevalencia ha aumentado a nivel mundial, y en 2015 se estimó que 415 millones de personas la padecían, con una proyección de 642 millones para 2040. Este incremento se asocia principalmente al envejecimiento, estilos de vida sedentarios y dietas poco saludables. Como resultado, la enfermedad ha empeorado la CV debido a sus complicaciones y dificultades en su manejo (1).

La CV en pacientes con DMT2 está influenciada por múltiples factores, incluyendo aspectos demográficos, socioeconómicos y clínicos, tales como la coexistencia de otras enfermedades (comorbilidades) y las complicaciones derivadas de un mal control metabólico (2). A pesar de que la diabetes tipo 2 es manejable con un adecuado control médico y cambios en el estilo de vida, no es curable, lo que conlleva a un progresivo deterioro tanto en la salud física como emocional. Esto provoca una reducción en la capacidad funcional de los pacientes, aumentando la morbilidad y, en muchos casos, contribuyendo a una muerte prematura (1).

En América Latina, los jóvenes están siendo afectados de manera desproporcionada por la DMT2, con estas disparidades evidentes desde edades tempranas. Esta situación afecta negativamente no solo la CV de los afectados, sino también la de sus familias y repercute en la economía de la región (3). Según la Federación Internacional de Diabetes, en 2015, aproximadamente 29.6 millones de personas en América del Sur y Central padecían esta enfermedad, y las proyecciones indican que la cifra podría aumentar a 48.8 millones para el año 2040. Este crecimiento refleja una crisis de salud pública en la región, impulsada por factores como el sedentarismo, la alimentación poco saludable y la falta de acceso a servicios de salud adecuados (1).

En el Perú, antes de la pandemia de COVID-19, se estimaba que la prevalencia de la diabetes en la población adulta alcanzaba el 6.1%, lo que equivalía a aproximadamente 1.3 millones de personas. Sin embargo, la emergencia sanitaria tuvo un impacto en la vigilancia y el control de esta enfermedad. Las medidas de confinamiento y el desvío de recursos hacia la atención de la pandemia interrumpieron el seguimiento regular de los pacientes diabéticos, así como la detección temprana de nuevos casos. Además, la pandemia contribuyó al aumento del sedentarismo y alteraciones en las rutinas diarias, lo que dificultó aún más el control metabólico de los pacientes. Este deterioro en el manejo de la diabetes representa un reto adicional para el sistema de salud en el país, que enfrenta un aumento en las complicaciones derivadas de la enfermedad (4).

Las investigaciones internacionales destacan que modificar el estilo de vida es esencial para prevenir y controlar la DMT2. En Perú, las estrategias preventivas deben ajustarse al contexto local, debido al aumento de factores de riesgo como el sedentarismo y la obesidad. Es crucial identificar a las personas en riesgo para implementar intervenciones tempranas que reduzcan el impacto de la enfermedad (5). La

diabetes impacta negativamente tanto la salud física como mental, ya que está relacionada con mayores niveles de ansiedad y depresión. Además, el manejo público de la enfermedad puede generar vergüenza, lo que agrava el incumplimiento del tratamiento y afecta el control adecuado de la condición (2).

En resumen, la DMT2 sigue siendo una problemática crítica de salud pública, no solo por su prevalencia en aumento, sino también por su impacto negativo en la CV de los afectados. Las políticas y estrategias de salud deben priorizar la prevención y un tratamiento eficaz, especialmente en países como Perú, donde la falta de recursos y el efecto de la pandemia han exacerbado los desafíos existentes (5). Teniendo en cuenta la importancia de la CV en los pacientes con DMT2, el propósito de la presente investigación fue identificar los factores asociados a la CV en pacientes con DMT2 atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el año 2025.

1.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Izadi y cols. (50) en 2024 en Irán realizaron un estudio comparativo que incluyó más de 1,100 pacientes con DM2 de atención primaria en Irán. El estudio se centró en determinantes sociales y conductuales, como actividad física, adherencia al tratamiento, hábitos alimentarios, nivel educativo, ingresos y comorbilidades crónicas. Utilizando herramientas validadas de calidad de vida y variables conductuales, los autores encontraron que menor actividad física, bajo nivel educativo, presencia de hipertensión y enfermedad cardiovascular, y menor adherencia terapéutica se asociaron significativamente con peor calidad de vida. Además, el análisis mostró que los determinantes conductuales contribuían de manera independiente a las puntuaciones de calidad de vida incluso después de ajustar por edad y tiempo de evolución de la diabetes. Esto subraya que factores conductuales y sociales importan tanto como los clínicos para entender la experiencia de la enfermedad.

Haoues M et al. (2023) (6), en Túnez, realizaron un estudio transversal con 333 pacientes con diabetes tipo 1 y 2 para identificar factores asociados a la disminución de la calidad de vida. Utilizaron el cuestionario Perfil de Salud del Diabético-18. Encontraron una reducción general de la calidad de vida (promedio: 30.21). Los principales factores de riesgo fueron: sexo femenino, presencia de comorbilidades, complicaciones de la diabetes y seguimiento médico irregular, siendo este último el de mayor impacto. En conclusión, resaltan la necesidad de un manejo integral del paciente diabético para mejorar su calidad de vida.

Jiang H et al (7) publicaron en el 2023 en China, su investigación cuyo objetivo fue examinar los factores que afectan la calidad de vida en pacientes con nefropatía diabética tipo 2 (T2DN) y desarrolló un modelo predictivo para identificar los riesgos asociados. Se recopilaron datos clínicos de 273 pacientes del Centro de Salud Materno-Infantil de Tai'an entre febrero de 2021 y febrero de 2023. Los pacientes se dividieron en dos grupos: uno de modelado con 173 individuos y otro de validación con 100. Basado en

sus respuestas al cuestionario de salud SF-36, se clasificaron en dos subgrupos: uno con mala calidad de vida y otro con buena. El análisis reveló que la edad mayor o igual a 60 años, una duración de la diabetes superior a tres años, la hipertensión, el nivel educativo bajo, la inactividad física y un ingreso familiar mensual menor a 3500 yuanes, fueron factores de riesgo significativos para una peor calidad de vida.

Estos factores fueron integrados en un modelo predictivo, evaluado mediante una curva ROC, que demostró una alta precisión en la predicción de la calidad de vida de los pacientes. El modelo mostró una sensibilidad del 82.10%, una especificidad del 86.90%, y un coeficiente Kappa de 0.703, lo que resalta su utilidad clínica. En resumen, este estudio subraya la importancia de abordar múltiples factores socioeconómicos y clínicos en el manejo de la calidad de vida de los pacientes con T2DN, y sugiere que el modelo predictivo puede ser una herramienta útil para la práctica clínica.

Della Guardia L et al. (2023) (8), en Italia, evaluaron el efecto de la marcha nórdica en adultos mayores sedentarios con diabetes tipo 2 durante 6 meses (n=15). Encontraron mejoras significativas en glucosa en ayunas, presión arterial sistólica y capacidad física, además de un mejor bienestar general. Aunque hubo ligeras mejoras en HbA1c y perfil lipídico, estas no fueron estadísticamente significativas. En conclusión, la marcha nórdica es una intervención útil y complementaria para mejorar el control metabólico y la calidad de vida en estos pacientes.

Zimmet et al. (62). En su estudio global en el 2023 realizado con datos de cohortes internacionales (incluyendo datos de 10.000 pacientes) examina el efecto de la urbanización (densidad poblacional, contaminación, estilo de vida) en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, empleando análisis de regresión múltiple ajustado por factores socioeconómicos. Los objetivos incluyen evaluar los riesgos ambientales en diabetes. Los hallazgos mostraron impacto negativo en la calidad de vida urbana (coeficiente -0.15, IC 95% -0.18 a -0.12, $p < 0.01$), con mayor angustia. Limitaciones fueron datos agregados. Las conclusiones sugieren estrategias para entornos urbanos saludables.

Ogurtsova et al. (63) En el 2023 en Una revisión sistemática en países de bajos y medios ingresos con 15.000 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 analizó acceso a cuidados (disponibilidad de medicamentos, educación) y calidad de vida relacionada con la salud, utilizando el EQ-5D para identificar barreras rurales versus urbanas. Los objetivos incluyen sintetizar evidencia sobre disparidades y proponer soluciones. Los resultados mostraron calidad de vida inferior en áreas rurales (diferencia media -10 puntos, IC 95% -12 a -8, $p < 0,01$), con impacto en mortalidad. Limitaciones fueron heterogeneidad de estudios. Las conclusiones proponen reformas en sistemas de salud, como capacitación comunitaria.

Gregg et al. (64) En el 2023 realizaron un seguimiento extendido a largo plazo del ensayo Look AHEAD con 6.000 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en EE.UU. evaluó intervenciones intensivas de estilo de vida (dieta, ejercicio, apoyo conductual) sobre la calidad de vida relacionada con la salud, midiendo sostenibilidad mediante el SF-36 y RAND-36, con seguimiento hasta 12 años. Los objetivos

incluyen evaluar la persistencia de beneficios en peso, glucosa y bienestar. Los hallazgos confirmaron mejoras persistentes en calidad de vida (diferencia media 8 puntos, IC 95% 6-10, $p < 0.05$) tras 12 años, con reducción en complicaciones cardiovasculares. Las limitaciones incluyen la pérdida de participantes. Las conclusiones enfatizan la prevención primaria y el mantenimiento de hábitos saludables.

Domínguez Y et al. (2022) (9), en Cuba, evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud en 138 pacientes con diabetes mellitus mediante el cuestionario Diabetes-39, previamente adaptado al contexto cubano. La mayoría de participantes fueron mujeres (71,7 %) con una edad promedio de 60,5 años. La mediana de la puntuación fue 58,6, indicando en general una calidad de vida no adecuada. El instrumento mostró buena confiabilidad (α de Cronbach $\geq 0,7$) y no se encontraron diferencias significativas según sexo. En conclusión, predominó una calidad de vida desfavorable en los pacientes estudiados.

Galvez I et al (10) publicaron en el 2021 en España, su investigación que tuvo como objetivo analizar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y diversas variables sociodemográficas y clínicas en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, comparando además los resultados obtenidos con los valores de referencia de la población española. La investigación se desarrolló bajo un enfoque observacional, descriptivo-analítico y de corte transversal, mediante un muestreo no probabilístico intencional realizado en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Centro de Salud San Roque, en Badajoz (España). Para la recolección de la información se emplearon cuestionarios sobre datos sociodemográficos y autocuidado de la diabetes, junto con los instrumentos SF-36 y Duke-UNC, además de información obtenida de las historias clínicas.

La muestra estuvo conformada por 60 pacientes, de los cuales el 55% eran mujeres, predominando la diabetes tipo 2 en el 90% de los casos, con una edad media de $68,67 \pm 11,09$ años. Los resultados evidenciaron que las mujeres mayores de 75 años presentaban niveles de CVRS significativamente más bajos en comparación con su población de referencia, observándose en general una peor calidad de vida en mujeres respecto a los hombres. Asimismo, se identificó que factores como la edad, los años de evolución de la enfermedad, la presencia de complicaciones agudas y crónicas, la existencia de comorbilidades, el tipo de tratamiento farmacológico y el control glucémico influyen en la calidad de vida.

Ningbo Clinic Study (51) en 2022, realizaron un estudio transversal realizado en una clínica terciaria en Ningbo, China, evaluó la calidad de vida de pacientes con DM2 utilizando el cuestionario EQ-5D, con especial énfasis en dimensiones de dolor, malestar y ansiedad. La investigación incluyó 1,500 pacientes con variación en el tiempo de diagnóstico (hasta 20 años desde el inicio). Los resultados mostraron que a mayor duración de la enfermedad, mayor impacto negativo en las dimensiones emocionales y físicas de la calidad de vida, especialmente en dolor/malestar y ansiedad/depresión. Aunque EQ-5D no es específico para diabetes, los autores destacaron que el tiempo prolongado de convivencia con DM2 se correlaciona con una percepción más negativa de las capacidades físicas y psicológicas del individuo, apoyando la inclusión del tiempo de evolución en análisis de factores asociados.

Li y col. (60) en el 2022 realizaron un estudio de cohorte prospectivo titulado “ Adherencia a la dieta mediterránea y calidad de vida en diabetes tipo 2” en países mediterráneos con 2.500 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 siguió durante 5 años cómo la adherencia a la dieta mediterránea influye en la calidad de vida relacionada con la salud, empleando el EQ-5D para correlacionar patrones dietéticos con cambios en la calidad de vida, ajustando por actividad física. Los resultados mostraron mejoras del 20% en calidad de vida ($p < 0.01$), con beneficios en control glucémico y reducción de inflamación. Las conclusiones promueven intervenciones nutricionales culturales para mejorar la longevidad en la diabetes.

Al-Sofani et al. (61) en el 2022 en su estudio titulado “ Apoyo familiar y calidad de vida relacionada con la salud en diabetes tipo 2: un estudio actualizado de Oriente Medio” donde trabajó con 2.000 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y evaluó el rol del apoyo familiar en la calidad de vida relacionada con la salud, considerando normas culturales, utilizando el Family APGAR y SF-12 para medir interacciones familiares. Los hallazgos revelaron que el apoyo familiar fuerte aumenta la calidad de vida en un 28% ($p < 0,001$), mitigando los efectos de la depresión. Las conclusiones enfatizan programas familiares en sociedades colectivistas para optimizar el manejo diabético.

Rojas F et al (11) publicaron en el 2021 en Mexico, su investigación que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que recibían tratamiento con insulina y eran atendidos en una unidad de primer nivel de atención en San Luis Potosí, México. La investigación se desarrolló bajo un diseño transversal de tipo analítico durante el período comprendido entre junio y agosto de 2019. La muestra estuvo integrada por 127 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina, a quienes se les aplicó el cuestionario Diabetes-39 para valorar su calidad de vida. Para el procesamiento de la información se empleó estadística descriptiva, mientras que para el análisis inferencial se utilizó la prueba χ^2 de Pearson.

Los resultados mostraron que el 80% de los pacientes presentaba una buena calidad de vida, mientras que el 20% evidenciaba una calidad de vida deficiente. Asimismo, se identificó que los pacientes tratados con insulina NPH (protamina neutra de Hagedorn) reportaban mejores niveles de calidad de vida en comparación con otros esquemas terapéuticos. En conclusión, se determinó que, en la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que reciben tratamiento con insulina, la calidad de vida se mantiene en niveles favorables.

Anillo Arrieta LA et al (12) publicaron en el 2021 en Colombia, su investigación que tuvo como objetivo describir las características de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en Bogotá y Barranquilla, Colombia. Se llevó a cabo un análisis transversal entre 2018 y 2019 con 1135 personas mayores de 30 años, seleccionadas mediante un muestreo por conglomerados. Para identificar a los individuos en riesgo, se empleó el Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), y la CVRS se evaluó con el cuestionario EQ-5D-3L.

Los resultados mostraron que las mayores dificultades reportadas por los participantes se relacionaban con Dolor/Malestar (60.8%) y Ansiedad/Depresión (30.8%). El puntaje promedio en la escala EQ-VAS fue de 74.3, con diferencias significativas entre quienes tenían buena salud general y aquellos con problemas en múltiples dimensiones de la calidad de vida. Se encontró una mayor probabilidad de reportar Dolor y Malestar en mujeres y personas residentes en Bogotá, mientras que el riesgo de Ansiedad y Depresión también fue más alto en estas mismas poblaciones. En conclusión, dado que el lugar de residencia y el sexo influyen en los problemas de Dolor/Malestar y Ansiedad/Depresión en personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, se recomienda ajustar las estrategias de prevención de acuerdo con estas variables, considerando un enfoque territorial y de género para mejorar los resultados en salud.

Antecedentes Nacionales

Cadenillas Maguiña NS et al (13) publicaron en el 2024 en Lima, su investigación que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la provincia de Barranca, Lima, Perú. Con un enfoque observacional y un diseño descriptivo, la población estuvo compuesta por 242 pacientes, de los cuales se seleccionó una muestra aleatoria de 144. Los datos se recopilaban durante el segundo trimestre de 2021 mediante entrevistas, utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF. El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS v.24. Entre los hallazgos, el 69% de los pacientes eran mujeres, con edades comprendidas entre los 40 y 64 años, y una media de 58 años. En general, el 86% de los pacientes presentó una calidad de vida de nivel medio.

La dimensión social fue la mejor valorada con un nivel alto (74%), mientras que la dimensión física fue la peor, con un nivel bajo en el 64% de los casos. No se observaron grandes diferencias entre los géneros, ya que ambos reportaron niveles medios de calidad de vida. Sin embargo, los pacientes mayores de 65 años presentaron una calidad de vida baja en un 29%. En conclusión, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Barranca tienen una calidad de vida media, destacándose la dimensión física con una valoración baja, mientras que las dimensiones psicológica y ambiental tuvieron puntuaciones medias.

Gutierrez P (14) En el 2024 estudió la relación entre calidad de vida y estilos de vida en 166 pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en Áncash. Se utilizó un enfoque correlacional y la prueba de Spearman para analizar los datos. Los resultados mostraron que el 56.6% presentaba calidad de vida medianamente afectada; el 38.6% tenía un estilo de vida regular y 38% un estilo de vida bueno. Se encontró una correlación negativa significativa entre calidad de vida y estilos de vida ($Rho = -0.7866$; $p < 0.001$), indicando que estilos de vida menos saludables se asocian con peor calidad de vida. Los hallazgos resaltan la estrecha relación entre hábitos de vida y bienestar en pacientes con diabetes tipo 2.

Urbina L (15) publicó en el 2024 en Piura, su investigación con el objetivo de describir la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un hospital de Piura durante el año 2024, considerando de manera específica sus dimensiones física, social y ambiental. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo de tipo aplicado, con un diseño no experimental. La

población estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que recibían atención en el Hospital José Cayetano Heredia III de Piura y acudían regularmente a sus controles médicos. Los resultados evidenciaron que la calidad de vida de estos pacientes presenta una variabilidad importante: el 46,4% reportó una calidad de vida alta, mientras que el 31,7% manifestó una calidad de vida baja, lo que indica que más de un tercio de los participantes experimenta dificultades en su bienestar general. Estos hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer las intervenciones de salud orientadas a mejorar las condiciones de vida de las personas que conviven con esta enfermedad crónica.

Castillo Delgado MG et al (16) publicaron en el 2023 en Chiclayo, su investigación que tuvo como objetivo analizar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el Centro de Salud de Cerropón. Con un enfoque cuantitativo, de diseño observacional y transversal, participaron 169 pacientes, seleccionados de una población total de 312. Se emplearon dos instrumentos: el Test de Morisky Green para medir la adherencia al tratamiento y un cuestionario adaptado para evaluar la calidad de vida.

Los resultados revelaron que el 47.3% de los pacientes eran adherentes al tratamiento, mientras que el 40.8% no lo eran, y el 11.8% presentaba adherencia parcial. En cuanto a la calidad de vida, el 84% de los participantes mostraron un nivel medio, el 14.2% tuvo una calidad de vida buena, y solo el 1.8% presentó una baja calidad de vida. El análisis estadístico mostró una correlación significativa y moderada ($Rho = 0.627$, $p = 0.000$) entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, indicando que, a mayor adherencia, mejor es la calidad de vida. En conclusión, el estudio evidencia que la adherencia al tratamiento está directamente relacionada con una mejor calidad de vida en los pacientes con DM2, sugiriendo la importancia de promover estrategias que fortalezcan el cumplimiento del tratamiento en esta población.

Coronel Burga G et al. (17) llevaron a cabo un estudio en 2023 titulado “Quality of Life According to Demographic Characteristics of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus” en el Hospital de Chota, Cajamarca, Perú. El objetivo fue evaluar la calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en función de sus características demográficas. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, incluyendo a 110 pacientes entre junio y agosto de 2022. Para medir la calidad de vida se utilizó el Cuestionario Diabetes 39, adaptado al contexto local. El análisis estadístico contempló frecuencias, intervalos de confianza al 95% y la prueba U de Mann-Whitney, considerando significancia con $p < 0.05$.

Pacheco Huamán (54) Durante el 2023 en el estudio Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, desarrolló una investigación cuantitativa, observacional y transversal en pacientes con DM2, empleando un cuestionario validado para evaluar calidad de vida relacionada con la salud. Los datos sociodemográficos y clínicos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial, permitiendo identificar asociaciones entre variables. Los resultados evidenciaron que el tiempo de enfermedad y la presencia de complicaciones crónicas se asociaron significativamente con menores puntuaciones de calidad de vida, especialmente en las dimensiones física y emocional, demostrando el impacto progresivo de la diabetes en el bienestar integral del paciente.

Chacón Manrique (55) en el 2024. en la investigación Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un hospital de Lima, Chacón Manrique desarrolló un estudio cuantitativo, observacional y transversal, aplicando un instrumento específico para medir calidad de vida en pacientes diabéticos. El análisis estadístico permitió evaluar la relación entre tiempo de enfermedad y calidad de vida, encontrándose que los pacientes con mayor tiempo de evolución presentaron peores puntuaciones en las dimensiones emocional y funcional. El estudio logró demostrar que la cronicidad de la DM2 se asocia con una mayor carga psicológica y deterioro del bienestar general.

Salcedo Andaicure MJ (18) publicó en el 2023 en Lima, su estudio que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Asentamiento Humano Familias Unidas, en Villa El Salvador durante el año 2023. Se utilizó un enfoque cuantitativo y descriptivo, aplicando una encuesta basada en el cuestionario EsDQOL, una versión en español adaptada para medir la calidad de vida específica en pacientes con diabetes. La población estudiada incluyó a 60 personas, y se recabaron datos mediante la técnica de encuesta. En cuanto a los resultados, el 57% de los participantes tenía edades entre 40 y 70 años, siendo el 73% de sexo femenino.

En términos educativos, el 38% solo había completado la educación secundaria, mientras que el 53% de los encuestados eran solteros. En general, el 49% de los participantes reportaron tener una calidad de vida media. Al observar las distintas dimensiones del cuestionario, la satisfacción obtuvo un valor medio en el 52% de los casos, la dimensión de impacto fue baja en el 49%, y la preocupación relacionada con la diabetes fue media en el 50% de los encuestados. En conclusión, se identificó que casi la mitad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de este asentamiento humano tiene una calidad de vida media, con mayores problemas reportados en la dimensión de impacto de la enfermedad. Esto resalta la necesidad de abordar tanto los aspectos clínicos como el bienestar emocional y social para mejorar su calidad de vida en general.

Cabrejos D (19) publicó en el 2023 en Ancash, su estudio cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus en la provincia de Huari, región Áncash, durante el año 2018. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal, e incluyó a personas mayores de 40 años diagnosticadas con esta enfermedad que acudían a establecimientos de salud del primer nivel de atención y residían en la zona. Para la recolección de datos se empleó la técnica de encuesta mediante la aplicación del cuestionario DQOL en su versión en español a una muestra no probabilística de 46 pacientes. Los resultados evidenciaron que el 61% de los participantes presentaba un nivel de calidad de vida medio, mientras que el 39% reportó un nivel alto.

No se observaron diferencias según sexo; sin embargo, el promedio global de calidad de vida fue mayor en el grupo de 60 a 69 años, en los distritos de Huari y Rahuapampa, así como en personas desempleadas, agricultores y en quienes percibían su estado de salud como bueno. La mayoría de los pacientes manifestó sentirse satisfecho con su tratamiento y consideró que este tenía poco o ningún impacto

negativo en su vida. La dimensión más afectada estuvo relacionada con la preocupación por las posibles complicaciones futuras de la enfermedad, mientras que los aspectos sociales y vocacionales fueron los menos comprometidos. En conclusión, predominó un nivel medio de calidad de vida, observándose además una relación directa entre esta y la percepción personal del estado de salud.

Ramos et al. (67) En el 2023 en su estudio titulado “Intervenciones de actividad física y calidad de vida en diabetes tipo 2: un ensayo aleatorizado en Arequipa, Perú” contó con 400 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 comparó programas de actividad física (caminatas supervisadas 3 veces por semana) versus cuidado estándar sobre la calidad de vida relacionada con la salud, utilizando el EQ-5D para medir mejoras en movilidad y dolor, con seguimiento a 6 meses.

Los objetivos incluyen evaluar la sostenibilidad en entornos urbanos de altura y su impacto en control glucémico. Los hallazgos mostraron mejoras significativas en calidad de vida (diferencia media 12 puntos, IC 95% 9-15, $p < 0.05$), especialmente en reducción de fatiga y mejor funcionalidad física, con reducción media de HbA1c de 0.4%. Las limitaciones incluyen adherencia variable debido al clima. Las conclusiones promueven programas de ejercicio accesibles en Perú, integrados en centros de salud, para mejorar la longevidad y reducir complicaciones.

Sánchez et al. (72) En el 2023 su estudio titulado “Apoyo social y calidad de vida en diabetes tipo 2: Un análisis regional peruano”, un análisis transversal en 4 regiones peruanas (Lima, Cusco, Arequipa, Piura) con 2.000 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, investigó el rol del apoyo social (familiar, comunitario) en la calidad de vida relacionada con la salud, empleando el Diabetes Distress Scale (DDS) para evaluar influencias emocionales y SF-36 para dominios físicos. Los objetivos incluyen medir correlaciones en contextos rurales versus urbanos. La población tenía una edad promedio de 58 años, 57% mujeres. Los resultados mostraron calidad de vida 18% superior con alto apoyo ($p < 0,001$). Las conclusiones recomiendan integrar apoyo en planes de cuidado.

Quispe et al. (65) En el 2022 en su estudio titulado “Control glucémico y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes tipo 2 en Lima, Perú: Un estudio transversal”. transversal realizado con 1.200 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en centros de salud públicos evaluó la asociación entre el control glucémico (HbA1c) y la calidad de vida relacionada con la salud, utilizando el SF-36 para medir dominios físicos y mentales, ajustando por factores socioeconómicos como nivel educativo y acceso a medicamentos. Los objetivos incluyen identificar cómo los niveles elevados de HbA1c ($>7\%$) afectan la funcionalidad diaria en un contexto de recursos limitados, comparando pacientes urbanos versus rurales.

Los hallazgos mostraron evaluaciones significativamente más bajas en dominios físicos (diferencia media -15 puntos, IC 95% -18 a -12, $p < 0.01$) en pacientes con mal control, con mayor impacto en mujeres y adultos mayores, y subanálisis revelaron que el acceso a insulina gratuita mitigaba parcialmente el efecto. Las limitaciones incluyen el tamaño muestral no probabilístico y posible subreporte de síntomas. Las

conclusiones proponen intervenciones integrales en el sistema de salud peruano para mejorar el control metabólico y reducir desigualdades, con recomendaciones para programas de educación diabética comunitaria.

Gómez et al. (66) En el 2021 en su estudio titulado “Depresión y calidad de vida en diabetes tipo 2: Un estudio de cohorte prospectivo en Cusco, Perú” siguió a 800 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante 2 años, investigando cómo la depresión influye en la calidad de vida relacionada con la salud, empleando el WHOQOL-BREF para evaluar el bienestar emocional y social, relacionando síntomas depresivos (medidos por PHQ-9) con cambios en la calidad de vida. Los objetivos fueron cuantificar el impacto en adherencia al tratamiento y complicaciones, ajustando por variables culturales andinas como apoyo familiar. Los resultados indicaron que la depresión reduce la calidad de vida en un 25% (coeficiente de regresión -0.25, IC 95% -0.30 a -0.20, $p < 0.001$), con mayor efecto en pacientes indígenas y de bajos ingresos, y el análisis longitudinal mostró declives progresivos en bienestar mental. Limitaciones fueron la pérdida de seguimiento en áreas rurales. Las conclusiones recomiendan screening rutinario de depresión en clínicas peruanas e integración de salud mental en programas diabéticos, con énfasis en intervenciones culturales.

Huamán et al. (69) en el 2021 en su estudio titulado “Educación para el autocuidado y calidad de vida en diabetes tipo 2: un ensayo aleatorizado en Piura, Perú” Un ensayo aleatorio en Piura, Perú, con 300 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 comparó educación en auto-manejo (sesiones grupales mensuales) versus estándar sobre la calidad de vida relacionada con la salud, utilizando el cuestionario DQOL para medir autoeficacia y control emocional. Los objetivos incluyen evaluar el impacto en adherencia en zonas costeras. Los resultados mostraron mejoras (diferencia media 8 puntos, IC 95% 6-10, $p < 0.05$), con mejor control glucémico. Las limitaciones fueron el tamaño pequeño. Las conclusiones apoyan la educación comunitaria en Perú.

Castro et al. (73) En el 2021 en su estudio titulado “Disparidades étnicas en la calidad de vida entre pacientes con diabetes tipo 2 en Puno, Perú . Un estudio de cohorte en Puno, región altiplánica, con 1.200 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, examinó disparidades étnicas (quechua vs. mestizo) en calidad de vida relacionada con la salud, utilizando EQ-5D. Los objetivos incluyen comparar grupos étnicos. La población tenía promedio de edad 57 años, 52% quechuas. Los hallazgos mostraron calidad de vida inferior en indígenas ($p < 0.05$). Las conclusiones llaman a intervenciones culturales.

Torres et al. (68) En el 2022 en su estudio titulado “Comorbilidades y calidad de vida en diabetes tipo 2: Un estudio multicéntrico en Perú. Un estudio multicéntrico en Perú (Lima, Arequipa, Trujillo) con 1.800 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 evaluó comorbilidades como hipertensión y obesidad en la calidad de vida relacionada con la salud, empleando el Índice de Bienestar OMS-5 para medir interacciones, enfocándose en pacientes de bajos recursos. Los objetivos incluyen modelar cómo múltiples comorbilidades afectan el bienestar, comparando con pacientes sin comorbilidades. Los hallazgos indicaron reducción del 30% en calidad de vida con comorbilidades (diferencia media -10 puntos, IC 95% -12 a -8,

$p < 0.001$), con depresión como factor clave. Las limitaciones incluyen variabilidad regional. Las conclusiones subrayan enfoques holísticos en el Ministerio de Salud peruano para mejorar resultados.

López et al. (71) En el 2022 en su estudio titulado “Adherencia a la medicación y calidad de vida en diabetes tipo 2 en Chiclayo, Perú”. Un estudio prospectivo en Chiclayo, Perú, con 600 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 evaluó adherencia a medicamentos y calidad de vida relacionada con la salud, midiendo adherencia por registros electrónicos y relacionándola con RAND-36. Los objetivos incluyen identificar predictores de baja adherencia. Los hallazgos mostraron una reducción del 22% en la calidad de vida ($p < 0,05$). Las conclusiones proponen estrategias digitales.

Reyes C et al (20) publicaron en el 2021 en Lima, su estudio cuyo objetivo fue analizar la relación entre la calidad de vida y la presencia de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital María Auxiliadora durante el año 2021. La investigación fue de tipo básica, con enfoque descriptivo correlacional, de corte transversal y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes diabéticos. Para la recolección de información se emplearon cuestionarios estructurados: uno de 15 ítems para evaluar la calidad de vida y otro de 14 ítems para identificar las complicaciones asociadas a la enfermedad. Los resultados mostraron que el 14.71% de los participantes presentó una calidad de vida baja, el 52.94% una calidad de vida media y el 32.35% un nivel alto. En cuanto a las complicaciones de la diabetes, el 47.06% de los pacientes no presentó complicaciones, mientras que el 52.94% sí las presentó.

Finalmente, se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, con un coeficiente de correlación de Spearman de $r_s = -0.742$ y un valor de $p = 0.000$, lo que indica que, a mayor presencia de complicaciones, menor calidad de vida en los pacientes evaluados.

Antecedentes Locales

López Perez KY (21) publicó en el 2023 en Ica, su investigación cuyo objetivo fue establecer la conexión entre el uso de plantas medicinales y la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas en el distrito de Pachacútec, Ica, durante el año 2022. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y correlacional, que involucró a 246 adultos con al menos una enfermedad crónica que aceptaron participar. Se analizaron variables como la edad, el sexo, el lugar de origen, los ingresos económicos, el uso de plantas medicinales, la calidad de vida, las partes de la planta consumidas, la frecuencia de consumo, el lugar de obtención y el nombre de las plantas. Los resultados mostraron que el 79,3% de los participantes utilizaban plantas medicinales, siendo el 73% hombres y el 84,4% mujeres.

Los habitantes de la sierra fueron los que más consumieron (0,014), y aquellos que ganaban entre 1025 y 2000 soles también mostraron un mayor consumo (0,275). El 93,9% reportó una calidad de vida regular, mientras que solo el 1,2% indicó tener una alta calidad de vida. En términos de calidad de vida

física, solo el 2% se sintió en un nivel alto, el 12,2% reportó una calidad de vida psicológica alta, el 1,6% mencionó tener una alta calidad de vida en relaciones sociales, y el 3,7% lo hizo en lo referente a factores ambientales. En conclusión, la mayoría de los habitantes consume plantas medicinales con una prevalencia del 97,3%, y la mayoría de ellos tiene una calidad de vida regular, siendo los problemas digestivos la principal razón para su uso, siendo la manzanilla la planta más consumida. No se encontró una relación significativa entre el consumo de plantas medicinales y la calidad de vida.

Serrano Ayala MDR et al (22) publicaron en el 2023 en Nazca, su estudio que tuvo como objetivo establecer la relación entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo II que asisten al Centro de Salud de Vista Alegre, en Nazca, durante el año 2021. Se utilizó un enfoque metodológico básico con un diseño no experimental y un nivel relacional. La muestra estuvo compuesta por 42 pacientes con diabetes tipo II del mismo centro de salud. Se aplicaron encuestas como técnica de recolección de datos, utilizando un cuestionario sobre autocuidado y otro enfocado en la calidad de vida de pacientes diabéticos. Los resultados revelaron que la mayoría de los encuestados eran mujeres, representando el 73,8% (31), mientras que el 26,2% (11) eran hombres.

En cuanto a la edad, el 11,9% (5) tenía entre 26 y 45 años, mientras que el 88,1% (37) superaba los 46 años. En la evaluación de autocuidado, se observó que el 14,3% (6) de los participantes se ubicaron en la categoría de autocuidado malo, el 45,2% (19) en regular y el 40,5% (17) en bueno. En lo que respecta a la calidad de vida, se encontró que el 52,4% (22) de los pacientes tenían una calidad de vida mala, el 35,7% (15) regular, y solo el 11,9% (5) se clasificaron como buena. Se concluyó que existe una relación significativa entre el autocuidado y la calidad de vida en estos pacientes, con un p valor de 0,000, y una correlación positiva moderada según el coeficiente de Rho Spearman, que fue de 0,535.

Huamán Chávez AM et al (23) publicaron en el 2023 en Chíncha, su investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con diabetes en el Centro de Salud Chavín-Huari durante el año 2022. Este trabajo se realizó bajo un enfoque básico y un diseño descriptivo correlacional, utilizando una muestra de 94 pacientes con diabetes. Para la recolección de datos, se emplearon dos cuestionarios validados y confiables: uno con 25 ítems para evaluar el autocuidado y otro con 24 ítems para medir la calidad de vida.

Los resultados mostraron que el 56,4% de los participantes presentaron un nivel de autocuidado regular, el 25,5% un nivel malo y el 18,1% un nivel bueno. En cuanto a la calidad de vida, el 55,3% se ubicaron en un nivel medio, el 25,5% en bajo y el 19,1% en alto. En conclusión, se encontró una relación directa entre el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes, evidenciada por un valor de Rho de Spearman de 0,840, con una significancia de 0,000.

Truyenque Pacheco JC (24) publicó en el 2022 en Ica, su estudio cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Centro de Salud de Acomayo. Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y relacional,

con una muestra de 138 pacientes seleccionados a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario validado (Diabetes-39) junto con una ficha de datos. Los resultados revelaron asociaciones significativas entre la calidad de vida y varios factores: la edad ($p=0.017$), el sexo ($p=0.014$), el nivel educativo ($p=0.018$), el tiempo de enfermedad ($p=0.003$) y la complicación del pie diabético ($p=0.002$). En conclusión, se determinó que los factores que se asocian con una calidad de vida deficiente incluyen ser mayor de 60 años, ser del sexo masculino, tener educación primaria, haber vivido con la enfermedad por más de 10 años y presentar complicaciones como el pie diabético.

Pebes A (25) publicó en el 2021 en Ica, su estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre el control preventivo de la enfermedad y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica. La investigación se desarrolló bajo un diseño descriptivo correlacional de tipo prospectivo, considerando como población a los pacientes con este diagnóstico atendidos en dicho establecimiento de salud y seleccionando una muestra de 60 participantes. Para la recolección de información se utilizaron técnicas de análisis documental, encuestas y cuestionarios.

En los resultados se observó que, respecto a la calidad de vida, el 22% de los pacientes manifestó sentirse satisfecho, mientras que el 78% se mostró insatisfecho. En relación con el control de la enfermedad, el 63% indicó mantener control, el 22% señaló hacerlo algunas veces y el 15% refirió no realizarlo nunca. Asimismo, el 47% de los pacientes nunca realizó control preventivo de la enfermedad, el 38,67% lo hizo ocasionalmente y solo el 14,33% lo realizó de manera permanente. A partir de estos hallazgos se concluyó que existe una relación entre el control preventivo de la diabetes mellitus tipo 2 y la calidad de vida de los pacientes, evidenciándose que un mejor control de la enfermedad, junto con prácticas de autocuidado como el cuidado de la vista y los pies, la alimentación adecuada y la actividad física, contribuye a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad.

1.2 Marco Teórico

DEFINICION DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida puede entenderse como la valoración personal que realiza un individuo acerca de cómo se desenvuelve en su vida, considerando el entorno cultural y el sistema de valores que lo rodean, así como sus metas, aspiraciones, criterios personales y preocupaciones cotidianas. Este enfoque reconoce que la CV es un concepto amplio que integra no solo la salud física, sino también los aspectos psicológicos, sociales, emocionales y funcionales, además de las condiciones personales y ambientales que influyen en la forma en que cada persona experimenta su bienestar (31).

Con el tiempo, la CV ha evolucionado hacia un enfoque más holístico y multidimensional. En la actualidad, se reconoce como un estado integral de bienestar que combina aspectos objetivos y percepciones subjetivas relacionadas con el bienestar físico, material, social y emocional. Asimismo, contempla el desarrollo personal, la participación activa en diversas actividades y la influencia de los valores individuales, el contexto cultural y las expectativas personales en relación con los objetivos y estándares de vida (32).

Dentro del contexto de la DMT2, la Calidad de Vida se considera un constructo complejo y multidimensional, ya que esta enfermedad crónica impacta simultáneamente diferentes esferas de la vida del paciente. Por ello, resulta indispensable analizar los diversos factores que intervienen en la autoevaluación de la CV, a fin de comprender de manera integral cómo la enfermedad afecta la vida diaria de las personas que la padecen (33).

La evaluación de la CV se realiza a través de múltiples dimensiones que incluyen:

- Estado físico y mental
- Nivel de autonomía
- Interacciones sociales
- Entorno físico
- Acceso a servicios y recursos
- Satisfacción general con la vida

Estas dimensiones son cruciales para entender cómo la DMT2 afecta la vida diaria de los pacientes y su bienestar integral (33).

1.2.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la evaluación del estado físico, emocional y social de una persona en un momento específico, basada en su juicio personal, es decir, las respuestas cognitivas y emocionales de un individuo, que reflejan estar satisfecho según se hayan cumplido sus expectativas (27).

La CVRS ha sido definida de diversas maneras. Por ejemplo, Bulpit la describe como “el grado subjetivo de bienestar que se asocia a la ausencia de síntomas, al estado psicológico y a las actividades que se desean realizar” (29).

Sin embargo, ha habido confusión en el uso de los términos Calidad de Vida y CVRS. Algunos autores sostienen que son intercambiables, pero la mayoría señala que deben diferenciarse. La CVRS se utiliza en el ámbito médico para evaluar la calidad de los resultados derivados de intervenciones médicas. Se limita a la experiencia de la enfermedad del paciente y se centra en cómo los cuidados médicos afectan su vida diaria, constituyendo así una medición de la salud desde la perspectiva del paciente (27).

1.2.3 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En la diabetes mellitus tipo 2, la CVRS adquiere especial importancia debido al carácter crónico y progresivo de la enfermedad, así como a las múltiples complicaciones que pueden alterar la funcionalidad, la autonomía y el equilibrio emocional del individuo. Por ello, en la presente investigación se consideran diferentes dimensiones y variables específicas que permiten comprender de manera integral cómo la diabetes afecta la vida cotidiana del paciente.

A. FUNCIONAMIENTO FÍSICO

La dimensión de funcionamiento físico evalúa el grado en que el estado de salud limita las actividades cotidianas y la capacidad funcional del paciente. Analiza el impacto de los síntomas físicos, las complicaciones crónicas y la disminución de la capacidad corporal sobre el bienestar general. Esta dimensión es una de las más afectadas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, especialmente en aquellos con larga evolución de la enfermedad y presencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares.

Variables estudiadas en la dimensión física

- **Dolor físico:** El dolor físico es una de las manifestaciones más frecuentes en pacientes diabéticos, especialmente en presencia de neuropatía periférica, pie diabético o alteraciones musculoesqueléticas. Puede presentarse como ardor, punzadas, sensación de hormigueo o dolor persistente en miembros inferiores. El dolor limita las actividades diarias, altera el descanso y disminuye la movilidad, generando dependencia funcional y deterioro de la calidad de vida.
- **Movilidad:** La movilidad evalúa la capacidad del paciente para caminar, desplazarse, subir escaleras y mantener equilibrio corporal. Las alteraciones de la sensibilidad, el dolor neuropático, las amputaciones y los trastornos visuales asociados a la retinopatía diabética dificultan la locomoción y aumentan el riesgo de caídas. La pérdida de movilidad reduce la independencia y limita la participación social y laboral.
- **Fatiga:** La fatiga corresponde a una sensación persistente de cansancio físico o mental que no mejora completamente con el descanso. Puede asociarse con hiperglucemia crónica, trastornos metabólicos, anemia secundaria a nefropatía o alteraciones emocionales. La fatiga disminuye la productividad, limita las actividades físicas y afecta la percepción subjetiva del bienestar.
- **Calidad de sueño:** La calidad del sueño puede verse afectada por dolor, poliuria nocturna, ansiedad, estrés o molestias neuropáticas. Los trastornos del sueño generan irritabilidad, somnolencia

diurna y empeoramiento del rendimiento físico y emocional. Un descanso inadecuado repercute negativamente en el control metabólico y en la percepción global de salud.

B. BIENESTAR PSICOLÓGICO

La dimensión psicológica evalúa la manera en que el paciente percibe y afronta la enfermedad, así como el impacto de la diabetes sobre su autoestima, seguridad personal y capacidad de adaptación. El manejo de una enfermedad crónica exige cambios permanentes en el estilo de vida, lo que puede generar tensión psicológica constante.

Variables estudiadas en la dimensión psicológica

- **Autoestima:** La autoestima corresponde a la valoración personal que realiza el paciente sobre sí mismo. Las complicaciones físicas, la dependencia funcional o las restricciones impuestas por la enfermedad pueden disminuir la autoconfianza y generar sentimientos de inutilidad o incapacidad.
- **Capacidad de afrontamiento:** Hace referencia a la habilidad del paciente para adaptarse emocional y conductualmente a las exigencias de la enfermedad. Los pacientes con estrategias adecuadas de afrontamiento suelen mostrar mayor adherencia al tratamiento y mejor bienestar psicológico.
- **Motivación para el autocuidado:** Incluye la disposición del paciente para seguir indicaciones médicas, mantener dieta saludable, realizar actividad física y asistir a controles. La desmotivación disminuye el cumplimiento terapéutico y empeora el control metabólico.

C. DIMENSIÓN EMOCIONAL

Analiza las respuestas afectivas generadas por la enfermedad y sus complicaciones. En los pacientes diabéticos, el temor a la discapacidad, las restricciones alimentarias y la dependencia terapéutica pueden provocar alteraciones emocionales persistentes.

Variables estudiadas en la dimensión emocional

- **Estrés:** aparece debido a las exigencias del autocuidado continuo, el control glucémico y la preocupación constante por la enfermedad. El estrés crónico aumenta el agotamiento emocional y dificulta la adherencia al tratamiento.
- **Ansiedad:** se relaciona con el temor a sufrir hipoglucemias, complicaciones crónicas o deterioro físico progresivo. Los pacientes ansiosos suelen experimentar preocupación excesiva y mayor percepción de vulnerabilidad.

- **Depresión:** La depresión es frecuente en pacientes con enfermedades crónicas y se asocia con tristeza persistente, pérdida de interés y desmotivación. Su presencia disminuye significativamente la calidad de vida y afecta el control metabólico.

4. FUNCIONAMIENTO SOCIAL

La dimensión social evalúa el impacto de la diabetes sobre las relaciones interpersonales y la integración del paciente en su entorno familiar y comunitario.

Variables estudiadas en la dimensión social

- **Apoyo familiar:** El apoyo emocional y práctico de la familia favorece la adherencia al tratamiento y el autocuidado. La ausencia de apoyo incrementa la sensación de carga emocional.
- **Convivencia familiar:** Un ambiente familiar estable facilita el manejo de la enfermedad, mientras que los conflictos familiares generan estrés y afectan el bienestar psicológico.
- **Participación social:** Evalúa la capacidad del paciente para mantener actividades recreativas, laborales y sociales. Las limitaciones funcionales pueden reducir la participación comunitaria.

5. DIMENSIÓN AMBIENTAL

La dimensión ambiental analiza las condiciones externas que influyen en el manejo de la diabetes y en la percepción del bienestar.

Variables estudiadas en la dimensión ambiental

- **Nivel educativo:** Un mayor nivel educativo facilita la comprensión de la enfermedad y mejora la adherencia terapéutica.
- **Recursos económicos:** Los ingresos económicos condicionan el acceso a medicamentos, alimentación adecuada y controles médicos.
- **Acceso a servicios de salud:** Incluye disponibilidad de atención médica, exámenes especializados y seguimiento continuo.
- **Condiciones de vivienda:** Las condiciones del hogar pueden favorecer o limitar el autocuidado y el descanso adecuado.

6. PERCEPCIÓN GENERAL DE LA SALUD

Esta dimensión corresponde a la valoración subjetiva e integral que realiza el paciente sobre su estado de salud y bienestar global.

Variables estudiadas en la percepción general de la salud

- **Autoevaluación del estado de salud:** Refleja cómo percibe el paciente su condición física y emocional.
- **Satisfacción con la vida:** Evalúa el grado de bienestar y conformidad con su situación actual.
- **Percepción de gravedad de la enfermedad:** Determina cuánto considera el paciente que la diabetes afecta su vida diaria.

Cuando el paciente percibe que su salud está deteriorada o que la enfermedad limita significativamente su vida cotidiana, la calidad de vida suele clasificarse como regular o mala.

1.2.4 IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE VIDA

Mantener una buena calidad de vida para los pacientes con DM2 es crucial, y esto implica más que solo realizar actividad física y seguir una dieta estricta. A pesar de las complejidades de esta enfermedad, los resultados pueden ser mucho más positivos que en otros trastornos si se abordan adecuadamente. La motivación y los factores que influyen en las conductas saludables juegan un papel vital en la reducción o eliminación de hábitos que perjudican la salud (35).

La Calidad de Vida (CV) está relacionada con las condiciones de vida que permiten a los pacientes mantener niveles adecuados de glucosa. Esto es esencial para prevenir complicaciones asociadas con la diabetes. Por lo tanto, una gestión integral que incluya una dieta balanceada, ejercicio regular y un enfoque hacia el autocuidado puede mejorar significativamente la CV de los pacientes (35).

1.2.1 DIABETES MELLITUS TIPO 02

La Diabetes mellitus tipo 02 (DMT2), anteriormente conocida como diabetes no insulín dependiente, se refiere a una condición donde el cuerpo no es capaz de producir suficiente insulina o no la utiliza de manera eficiente. Esta hormona es fundamental, ya que facilita la entrada de glucosa a las células para convertirla en energía. En los pacientes con esta enfermedad, el páncreas produce insulina de forma insuficiente, lo que resulta en niveles elevados de glucosa en sangre (24).

El desarrollo de esta patología se ve influido principalmente por un alto índice de masa corporal (IMC) y la falta de actividad física, lo que agrava la resistencia a la insulina. Esta resistencia impide que las células respondan de manera adecuada a la insulina, dificultando la absorción de glucosa y contribuyendo a los niveles persistentemente altos de azúcar en sangre. Es fundamental entender que la glucosa es una fuente esencial de energía para el cuerpo, y un desbalance en sus niveles puede generar diversas complicaciones de salud (25).

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

Según la Asociación Americana de la Diabetes, se puede clasificar en los siguientes grupos:

- **Diabetes tipo 1:** Se produce por la destrucción autoinmune de las células β del páncreas, lo que conduce a una deficiencia total de insulina. En este grupo también se incluye la diabetes autoinmune latente del adulto (LADA).

- **Diabetes tipo 2:** Se caracteriza por la pérdida progresiva de la capacidad de las células β del páncreas para secretar insulina adecuadamente, comúnmente asociada con resistencia a la insulina y síndrome metabólico, pero no mediada por un mecanismo autoinmune.

- **Tipos específicos de diabetes:** Incluyen síndromes de diabetes monogénica, enfermedades del páncreas exocrino y diabetes inducida por medicamentos o productos químicos.

- **Diabetes gestacional:** Se refiere a la diabetes diagnosticada durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, en mujeres que no tenían la enfermedad previamente.

Cada uno de estos tipos tiene un mecanismo y tratamiento diferente, lo que resalta la importancia de un diagnóstico adecuado para su manejo efectivo (27).

COMPLICACIONES CRONICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Si la DMT2 no es controlada adecuadamente, el paciente puede desarrollar diversas complicaciones serias, entre las que destacan:

- **Retinopatía diabética:** Esta es una complicación ocular que ocurre debido a daños en los vasos sanguíneos de la retina causados por la hiperglucemia. Es una de las principales causas de ceguera en pacientes diabéticos, derivada de cambios microvasculares.

- **Nefropatía diabética:** Afecta los riñones, provocando daños en la membrana glomerular, lo que lleva a una mayor filtración de proteínas, principalmente albúmina, y puede progresar a insuficiencia renal si no se trata a tiempo.

- **Complicaciones macrovasculares:** La diabetes aumenta el riesgo de desarrollar aterosclerosis, una acumulación de grasa en las arterias, que puede llevar a enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y accidentes cerebrovasculares.

- **Cardiopatía isquémica:** Este trastorno implica un estrechamiento de las arterias coronarias que suministran sangre al corazón, lo que puede provocar ataques cardíacos.

- **Insuficiencia cardíaca:** La diabetes también puede causar insuficiencia cardíaca, una condición en la que el corazón no bombea sangre de manera eficiente. Esto está asociado con una disfunción ventricular y cambios estructurales en el corazón.

- **Enfermedad cerebrovascular:** Los pacientes con diabetes son más propensos a sufrir ACV debido al engrosamiento del ventrículo izquierdo y la hipertensión arterial.

- **Enfermedad vascular periférica (pie diabético):** Este problema se caracteriza por una mala circulación en las extremidades inferiores, lo que puede llevar a úlceras, infecciones, y en casos graves, a la necesidad de amputaciones.

- **Neuropatía diabética:** Los daños a los nervios causados por la diabetes pueden provocar dolor, debilidad muscular y deformidades en los pies, lo que a su vez aumenta el riesgo de desarrollar úlceras y otros problemas.

Estas complicaciones son el resultado de un mal control de la diabetes y pueden ser mortales si no se implementan medidas de autocuidado y tratamiento a tiempo (30).

1.3 Marco Conceptual

- **Factores Asociados:** Los factores asociados son aquellas condiciones personales, sociales o clínicas que guardan relación con la calidad de vida del paciente. En el contexto de la DMT2, estos factores pueden potenciar o deteriorar el bienestar del individuo, influyendo en su capacidad para afrontar la enfermedad y mantener un equilibrio en su vida diaria (32).
- **Factores Sociodemográficos:** Los factores sociodemográficos comprenden características propias del individuo que permiten describir su perfil social y personal. En esta investigación se consideran relevantes la edad, el sexo, el grado de instrucción y el tiempo de enfermedad, debido a su influencia en la forma como el paciente comprende, afronta y maneja la diabetes (32).
- **Factores Clínicos:** Los factores clínicos están relacionados con las características propias de la enfermedad y su evolución. Incluyen el tiempo de diagnóstico, el nivel de control glucémico, la presencia de complicaciones (neuropatía, retinopatía, nefropatía), el tipo de tratamiento recibido y la coexistencia de otras enfermedades como hipertensión u obesidad (32).
- **Factores Psicológicos:** Los factores psicológicos hacen referencia al estado emocional y mental del paciente frente a su enfermedad. Incluyen niveles de estrés, ansiedad, depresión, percepción de apoyo social, autoestima y capacidad de afrontamiento (32).

Otros Factores Relevantes: Existen factores relacionados con el estilo de vida y el entorno que también influyen en la calidad de vida, tales como la alimentación, la actividad física, el acceso a servicios de salud, la educación en autocuidado y la relación médico-paciente (32).

- **Edad:** La edad representa una variable importante, ya que las necesidades, capacidades físicas y emocionales, así como la presencia de otras enfermedades, varían a lo largo del ciclo de vida. En

pacientes con DMT2, la edad puede condicionar el nivel de autonomía y la percepción de su calidad de vida (32).

- **Sexo:** El sexo hace referencia a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, las cuales pueden influir en la forma de presentación de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y la vivencia emocional frente a la diabetes. Asimismo, los roles sociales asociados al sexo pueden afectar el autocuidado y el acceso a los servicios de salud (30-32).
- **Grado de Instrucción:** El grado de instrucción se refiere al nivel educativo alcanzado por el paciente. Este factor resulta clave, ya que influye en la comprensión de la enfermedad, el seguimiento de las indicaciones médicas y la toma de decisiones relacionadas con el autocuidado, impactando directamente en la calidad de vida (30-32).
- **Tiempo de Enfermedad:** El tiempo de enfermedad corresponde al periodo transcurrido desde el diagnóstico de la DMT2. A mayor duración de la enfermedad, el paciente puede experimentar mayores complicaciones, desgaste emocional y cambios en su estilo de vida, lo que puede afectar su percepción de bienestar (30-32).
- **Autocuidado en la Diabetes:** El autocuidado comprende las acciones que realiza el paciente para controlar su enfermedad, como la adherencia al tratamiento, la alimentación saludable, la actividad física y el monitoreo de la glucosa. Un adecuado autocuidado favorece el control metabólico y contribuye a una mejor calidad de vida (30-32).
- **Atención en Salud:** La atención en salud se refiere al conjunto de servicios brindados por el sistema sanitario para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con DMT2. Una atención oportuna, integral y humanizada, como la brindada en el Hospital Regional de Ica, es fundamental para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (43).

1.4 Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica, 2025?

1.5 Justificación e importancia de la investigación

Justificación

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) se ha convertido en uno de los problemas más relevantes de salud pública a nivel mundial, debido a su naturaleza crónica, su evolución progresiva y a las múltiples complicaciones que puede generar con el paso del tiempo. Esta enfermedad se caracteriza por la elevación

persistente de los niveles de glucosa en sangre y demanda un tratamiento continuo, lo que supone una carga constante tanto para los sistemas de salud como para las personas que conviven con ella en su vida diaria (30-32). Más allá de las alteraciones físicas, la DMT2 afecta de manera significativa la calidad de vida (CV) de los pacientes, condicionando su estado emocional, sus relaciones sociales y su desempeño funcional. Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, los jóvenes de origen latino presentan una probabilidad cercana al 50% de desarrollar DMT2 a lo largo de su vida, lo que pone en evidencia la vulnerabilidad de esta población y la necesidad urgente de abordar la enfermedad desde un enfoque integral y preventivo (30-33).

Importancia

Diferentes estudios han demostrado que la calidad de vida de los pacientes con DMT2 está condicionada por múltiples factores, entre ellos las características demográficas y socioeconómicas, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia de comorbilidades y las complicaciones asociadas (25,34,35). La valoración de la CV se basa en la percepción subjetiva que tiene el individuo sobre distintas dimensiones de su salud funcional, las cuales influyen directamente en su bienestar general y en su capacidad para afrontar las exigencias que impone la enfermedad (33).

En síntesis, la DMT2 constituye un desafío para la salud pública, no solo por su elevada prevalencia, sino también por el impacto negativo que ejerce sobre la calidad de vida de quienes la padecen. En la región Ica, donde la carga de la enfermedad es significativa y la evidencia local aún es escasa, se hace indispensable identificar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con DMT2 atendidos en el Hospital Regional de Ica. Los hallazgos de este estudio aportarán información que permitirá intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar de los pacientes y fortalecer la atención desde un enfoque humanizado y acorde a la realidad local.

Relevancia

- **Relevancia Metodológica:** La relevancia metodológica del estudio radica en la necesidad de contar con datos obtenidos de manera científica que aseguren la objetividad de los hallazgos. Por ello, se llevará a cabo conforme al método científico, permitiendo que las conclusiones sean valiosas tanto para la ciencia como para la comparación con otros estudios.
- **Relevancia Teórica:** Desde una perspectiva teórica, la investigación se sostiene porque la información presentada es reciente y relevante, lo que ayudará a enriquecer el estado del arte en el ámbito de la salud integral de los pacientes que padecen DMT2.
- **Relevancia Social:** El estudio es socialmente relevante, ya que aborda una enfermedad que se encuentra en aumento y que afecta gravemente la calidad de vida de quienes la sufren. Al llevar a cabo esta investigación, se espera contribuir a mejorar la CV de los pacientes diabéticos y fomentar una sociedad más saludable.

- **Relevancia Práctica:** Por último, la investigación posee una relevancia práctica, dado que sus hallazgos serán claros y precisos respecto a las variables que, al ser modificadas, pueden disminuir el impacto negativo en la CV de los pacientes diabéticos.

Viabilidad

La investigación se considera ética, ya que los datos se recogerán mediante cuestionarios que no tendrán un impacto negativo ni físico ni mental en los participantes. Desde el punto de vista financiero, el estudio es viable porque el investigador cubrirá todos los gastos relacionados con la investigación. Técnicamente, es factible debido a que se dispone de pacientes diabéticos en la jurisdicción del Hospital Regional de Ica, donde se llevará a cabo el estudio.

1.6 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.

Objetivos específicos

- Evaluar si la edad es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.
- Analizar si el sexo es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.
- Examinar si el tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.
- Examinar si el estado nutricional es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.
- Examinar si el pie diabético es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.
- Examinar si la nefropatía diabética es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.
- Examinar si la retinopatía diabética es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.

1.7 Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

Hipótesis alterna

HA: Existen factores asociados a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.

Hipótesis Nula

Ho: No existen factores asociados a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.

Variables

Variable independiente

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Tiempo de enfermedad
- Estado nutricional
- Pie diabético
- Nefropatía diabética
- Retinopatía diabética

Variable dependiente

- Calidad de vida

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio observacional, analítico y de corte transversal, con enfoque cuantitativo.

Diseño: Observacional, analítico.

La variable dependiente fue la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), entendida como la percepción subjetiva que tiene el paciente sobre el impacto de la diabetes en su bienestar físico, emocional y social.

2.2 Población y muestra

Población: Durante el año 2025, se atendieron un total de 6291 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (CIE-10: E11) en el Hospital Regional de Ica, según el registro institucional del servicio. Esta cifra constituyó la población total del estudio.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes mayores igual de 18 años con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos durante el año 2025.
- Pacientes con control ambulatorio regular dentro del programa de enfermedades no transmisibles durante el periodo de estudio.
- Pacientes con historia clínica completa, disponible y actualizada respecto a las variables sociodemográficas, clínicas y de calidad de vida a consideradas en la investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DMT1), diabetes gestacional u otros tipos específicos de diabetes mellitus.
- Pacientes con registros clínicos incompletos, inconsistentes o con información insuficiente para la adecuada evaluación de las variables del estudio.
- Pacientes con diagnóstico documentado de trastornos psiquiátricos severos o deterioro cognitivo avanzado que puedan interferir significativamente en la valoración de la calidad de vida.
- Pacientes hospitalizados por complicaciones agudas graves durante el periodo de recolección de datos, debido a que esta condición puede modificar de manera transitoria la percepción de su calidad de vida.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

1. **Unidad de muestreo:** La unidad de muestro para el presente estudio será cada historia clínica de los pacientes.
2. **Tamaño muestral:** El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula para estimar medias con tamaño de población conocida:

$$n = \frac{Z^2 S^2 N}{Ne^2 + Z^2 S^2}$$

Donde:

- N = (población) = 6291
- Z = 1.96 (nivel de confianza del 95%)
- S² = 250 (varianza estimada)
- e = 0.05 (5%)

Se determinó una muestra definitiva de 362 pacientes.

3. **Marco muestral:** Fue la relación de todos de los pacientes que constituyeron la muestra y fueron sometidos al muestreo aleatorio simple.

Muestreo: Fue de tipo aleatorio simple.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Para el presente estudio se emplearon dos técnicas complementarias: la aplicación directa del cuestionario Diabetes-39 a los pacientes y la revisión de historias clínicas para la obtención de datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes con diagnóstico de DMT2 atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el año 2025.

Esta combinación de técnicas resulta pertinente y coherente con el diseño transversal analítico, ya que permite tanto la evaluación directa de la calidad de vida mediante un instrumento validado como la recopilación de datos objetivos de las historias clínicas.

Instrumento: La calificación total del Diabetes-39 se obtuvo mediante la transformación lineal propuesta por López Carmona (54): $[(\text{puntaje crudo} - 39) / (273 - 39)] \times 100$, que convierte la suma de los 39 ítems de escala a un rango de 0 a 100, donde 0 representa la mejor calidad de vida posible y 100 la peor.

La clasificación del nivel de calidad de vida se estableció a partir de los terciles del rango teórico del puntaje transformado (0–100), siguiendo la categorización empleada por Truyenque Pacheco (24) y Domínguez et al. (9) en estudios previos con el mismo instrumento:

Buena calidad de vida: 0 – 33.3 puntos (tercil inferior, menor afectación)

Regular calidad de vida: 33.4 – 66.6 puntos (tercil medio)

Mala calidad de vida: 66.7 – 100 puntos (tercil superior, mayor afectación)

Para el análisis multivariable, esta variable fue dicotomizada en: mala calidad de vida (≥ 66.7) versus calidad de vida no mala (< 66.7 , que agrupa las categorías buena y regular).

2.4 Análisis e interpretación de los resultados

Una vez recolectada la información, los datos fueron registrados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel 2019 y posteriormente procesados mediante el programa estadístico SPSS versión 27.0. El análisis estadístico se realizó con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (bilateral). En primer lugar, se verificó la distribución de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro-Wilk, evidenciándose una distribución no normal para la edad ($p < 0.001$) y el puntaje de calidad de vida ($p < 0.001$), por lo que se emplearon pruebas no paramétricas.

Para fines descriptivos, la variable edad se agrupó en intervalos de clase para su representación en tablas de frecuencias y histogramas. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas continuas, como la edad, se aplicó la Regla de Sturges. Esta regla permite determinar el número óptimo de intervalos (k) para representar la distribución de los 362 pacientes en el histograma de frecuencias, evitando el sesgo del investigador. El cálculo se detalla a continuación:

- Fórmula: $k=1+3.322 \cdot \log_{10}(n)$
- Sustitución: $k=1+3.322 \cdot \log_{10}(362)$
- Operación: $k=1+3.322 \cdot (2.56)$
- Resultado: $k=1+8.5= 9.50 = 10$

De acuerdo con este resultado, la variable edad se categorizó en 10 intervalos de clase, lo que garantiza que el histograma de calidad de vida refleje fielmente la realidad biológica de la muestra sin pérdida de detalle estadístico.

El análisis descriptivo incluyó frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, para variables cuantitativas de distribución no normal. Para el análisis bivariado, se empleó la prueba U de Mann-Whitney para comparar variables cuantitativas entre dos grupos, la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para asociación entre variables categóricas con frecuencias esperadas ≥ 5 , y la prueba exacta de Fisher cuando alguna frecuencia esperada fue < 5 .

Adicionalmente, se realizó un análisis multivariable mediante regresión logística binaria, definiendo como variable dependiente la calidad de vida dicotomizada (mala = 1 vs. regular/buena = 0). Se construyó un modelo que incluyó simultáneamente las variables independientes del estudio (edad, sexo, grado de instrucción y tiempo de enfermedad) como covariables, a fin de obtener estimaciones ajustadas por potenciales confusoras. Se calcularon Odds Ratio (OR) crudos y ajustados con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Se reporta la exactitud, sensibilidad y especificidad del modelo. El estudio se reporta de acuerdo con la declaración STROBE para estudios transversales.

2.5 Consideraciones éticas

El desarrollo de esta investigación se realizó respetando estrictamente los principios éticos fundamentales de la investigación en salud: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Previamente al inicio del estudio, se obtuvo la autorización del Comité de Ética y de la Dirección del Hospital Regional de Ica. Antes de la aplicación del cuestionario, a cada paciente se le explicó de forma clara y comprensible el propósito del estudio, garantizando su participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado.

Se aseguró la confidencialidad de la información recolectada, asignando códigos a los cuestionarios para evitar la identificación directa de los participantes. Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, y fueron almacenados en archivos protegidos, de acceso restringido únicamente al equipo investigador. En todo momento se respetó la dignidad, privacidad y bienestar de los participantes, evitando cualquier tipo de daño físico, psicológico o social. El estudio se rigió por los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki, así como por las normas nacionales de ética en investigación en salud y las disposiciones éticas del Hospital Regional de Ica.

III.RESULTADOS

TABLA 01

**EDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025**

K	Intervalos	Frecuencia absoluta (fi)	Frecuencia porcentual (F%)	Media aritmética ($\bar{X}$)
1	33 a 37 años	5	1,4%	35,40 años
2	38 a 42 años	11	3,0%	40,36 años
3	43 a 47 años	17	4,7%	45,47 años
4	48 a 52 años	23	6,4%	49,70 años
5	53 a 57 años	68	18,8%	55,16 años
6	58 a 62 años	82	22,7%	59,88 años
7	63 a 67 años	57	15,7%	64,81 años
8	68 a 72 años	20	5,5%	69,75 años
9	73 a 77 años	38	10,5%	75,37 años
10	78 a 82 años	41	11,3%	80,15 años
Total		362	100,0%	61,98 años

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

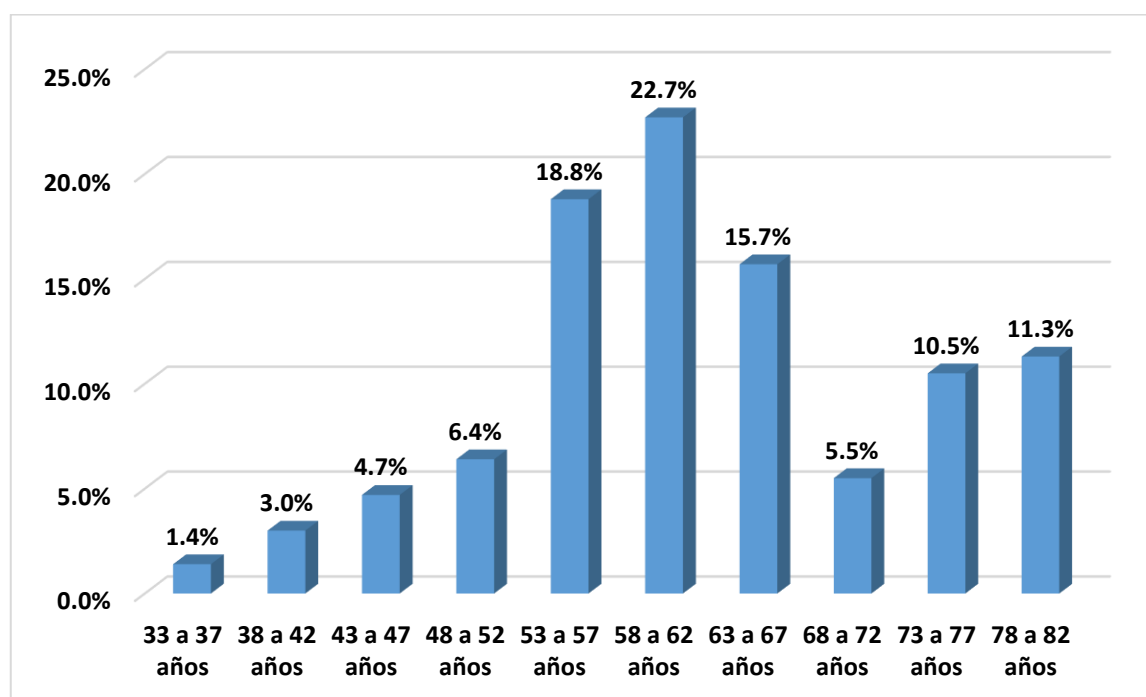
$$K = 1 + 3.322 \log (362) = 1 + 8,50 = 9,50 = 10$$

- K:10
- Rango: 49
- I: 5
- $\bar{X}$: 61,98 años

Media: 61,98 años
Mediana: 60,5 años
Moda: 59 años
Mínimo: 33 años
Máximo: 82 años

FIGURA 1

**EDAD DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025**



Fuente: Tabla 01

TABLA 02

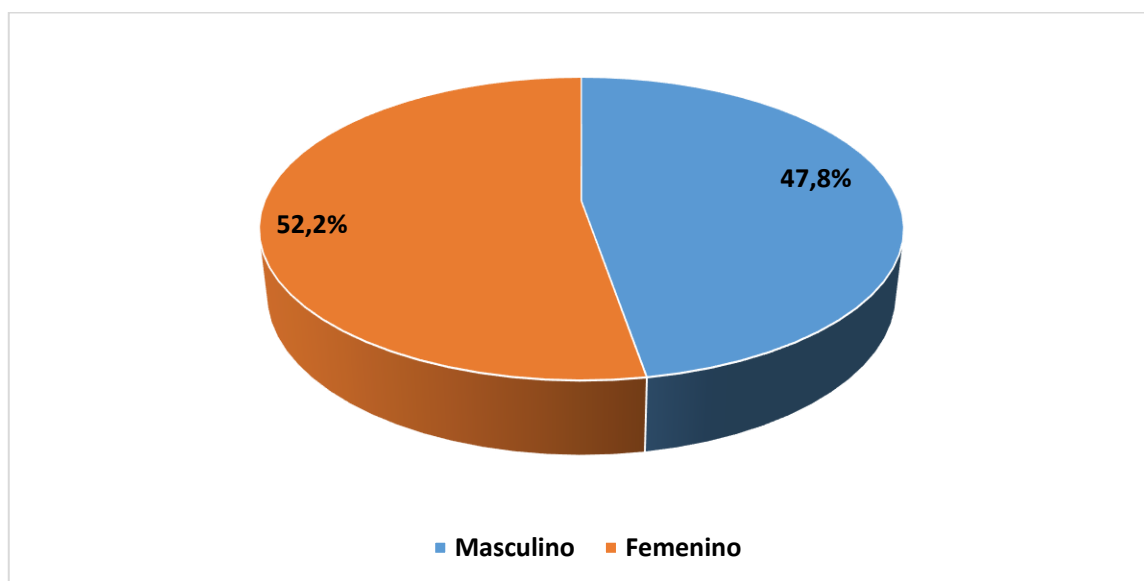
**SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**

Sexo	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Masculino	173	47,8%
Femenino	189	52,2%
Total	362	100,0%

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 02

SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.



Fuente: Tabla 02

TABLA 03

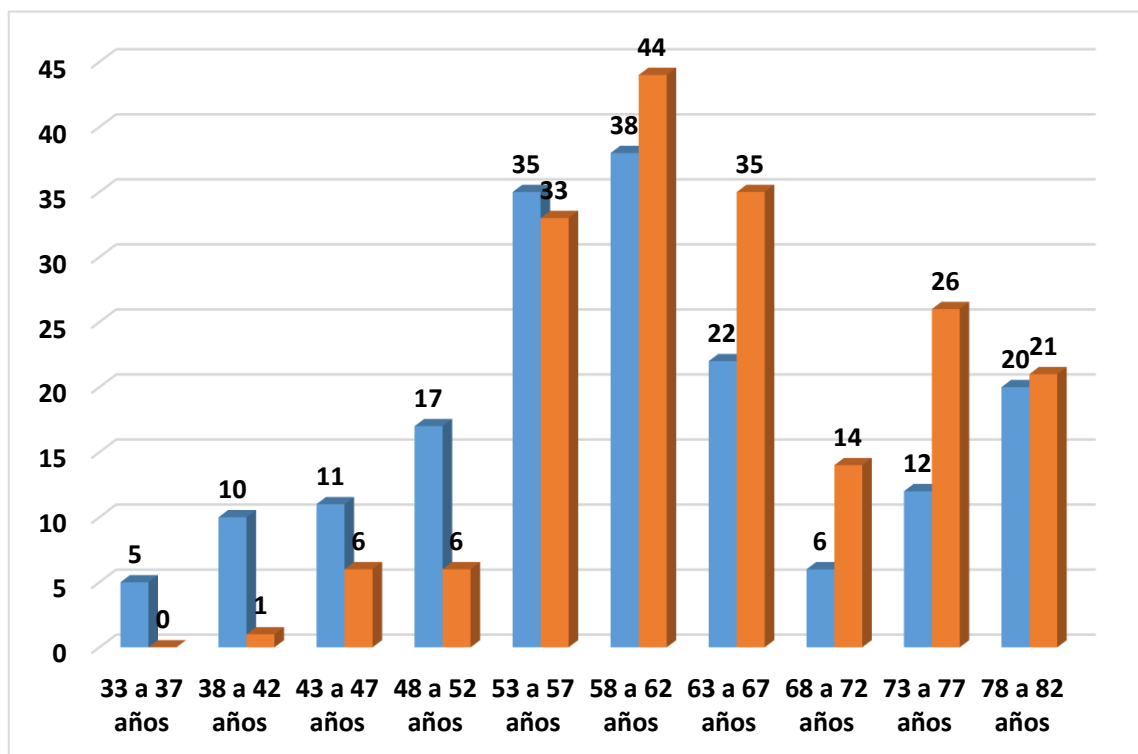
TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.

K	Intervalos	Tiempo de enfermedad	
		5 a 10 años	> 10 años
1	33 a 37 años	5	0
2	38 a 42 años	10	1
3	43 a 47 años	11	6
4	48 a 52 años	17	6
5	53 a 57 años	35	33
6	58 a 62 años	38	44
7	63 a 67 años	22	35
8	68 a 72 años	6	14
9	73 a 77 años	12	26
10	78 a 82 años	20	21
	Total	176	186

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 03

TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.



Fuente: Tabla 03

TABLA 04

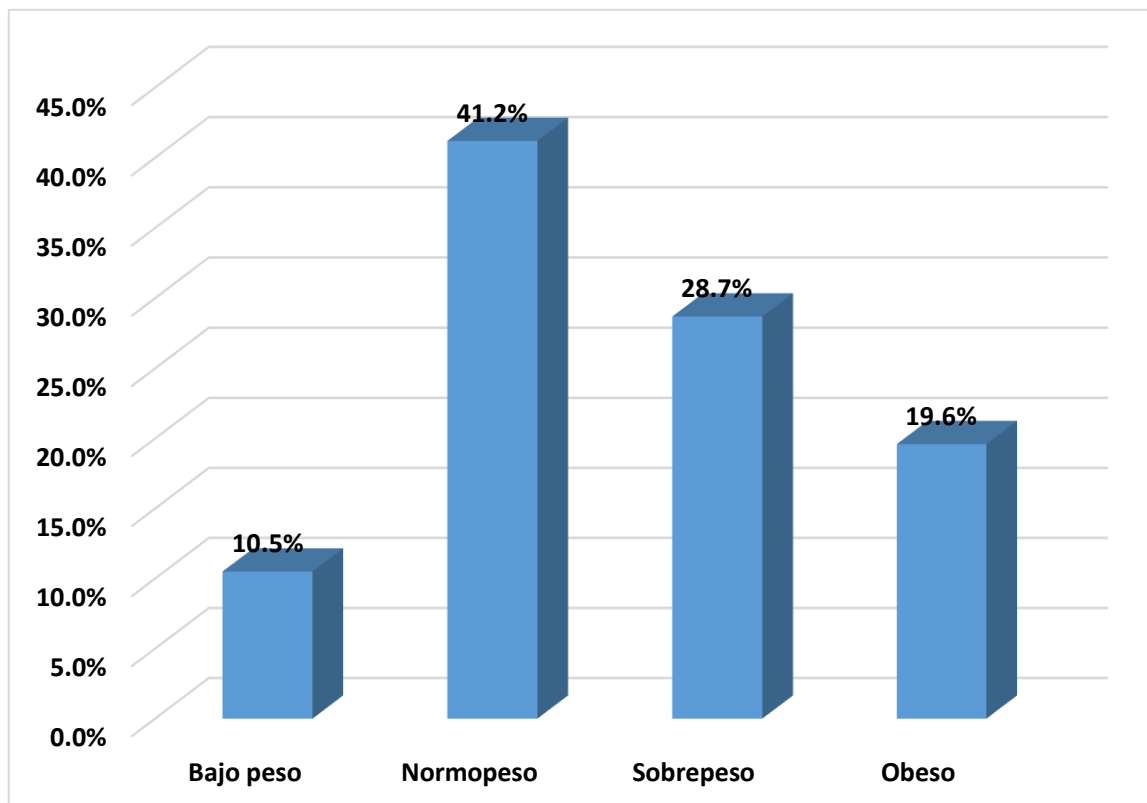
**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**

Estado nutricional	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Bajo peso	38	10,5%
Normopeso	149	41,2%
Sobrepeso	104	28,7%
Obeso	71	19,6%
Total	362	100,0%

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 04

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**



Fuente: Tabla 04

TABLA 05

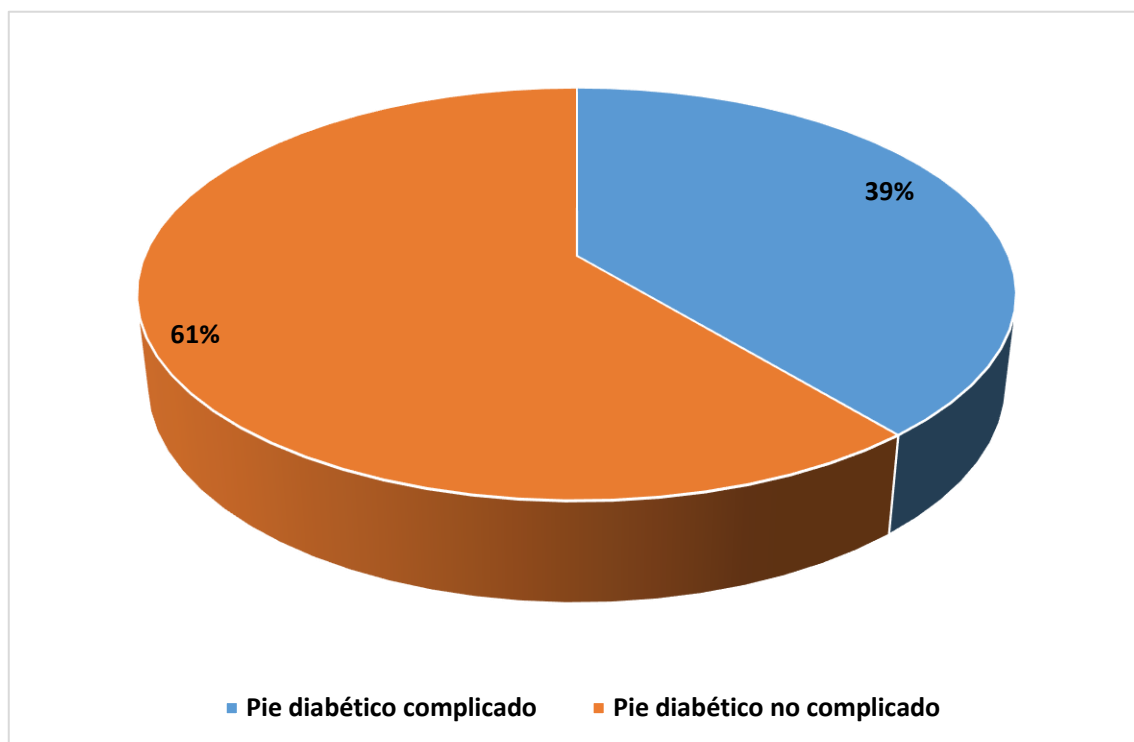
**PIE DIABÉTICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**

Pie diabético	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Pie diabético no complicado	221	61.0%
Pie diabético complicado	141	39.0%
Total	362	100,0%

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 05

**PIE DIABÉTICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**



Fuente: Tabla 05

TABLA 06

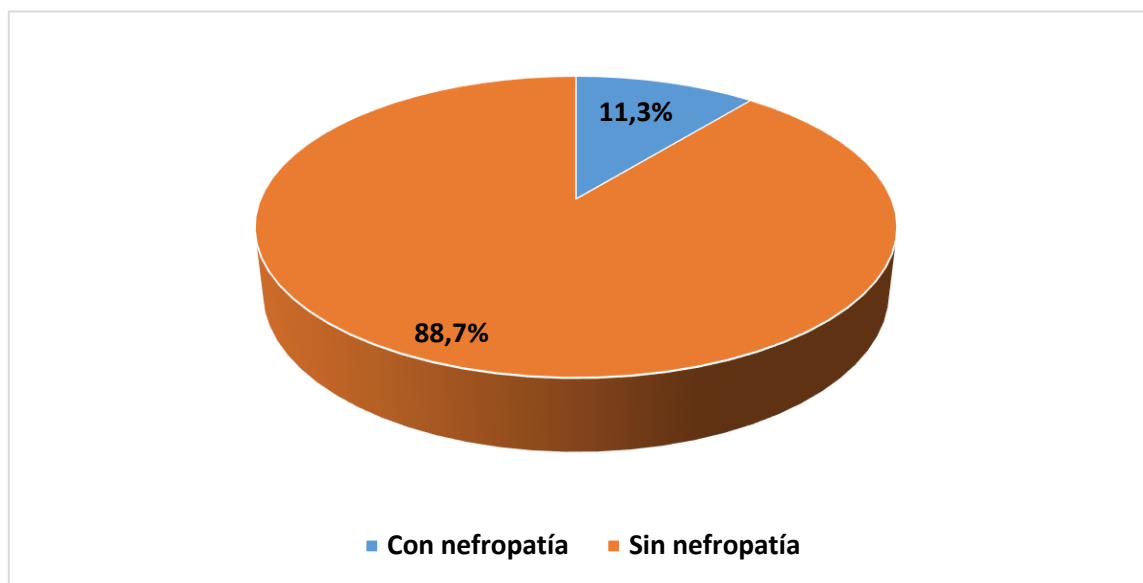
**NEFROPATÍA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**

Nefropatía	Frecuencia	Frecuencia porcentual
Con nefropatía	41	11,3 %
Sin nefropatía	321	88,7%
Total	362	100,0%

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 06

**NEFROPATÍA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL, PERIODO AÑO 2025.**



Fuente: Tabla 06

TABLA 07

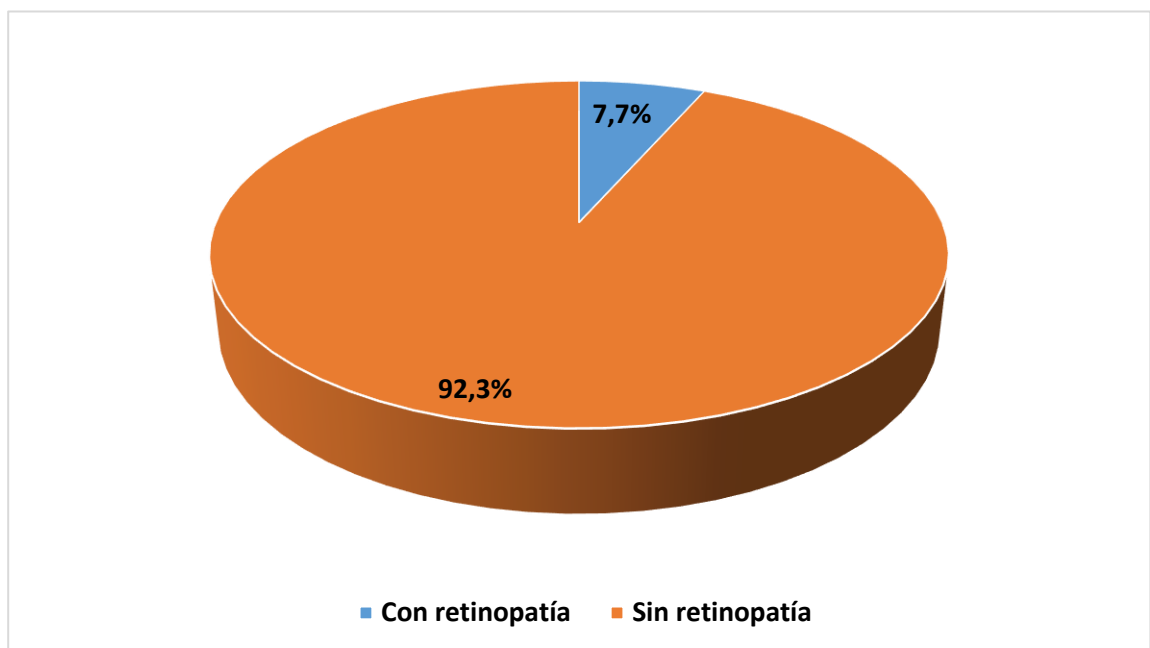
**RETINOPATÍA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**

Retinopatía	Frecuencia	Frecuencia porcentual
Con retinopatía	28	7,7%
Sin retinopatía	334	92,3%
Total	362	100,0%

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 07

**RETINOPATÍA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**



Fuente: Tabla 07

TABLA 08

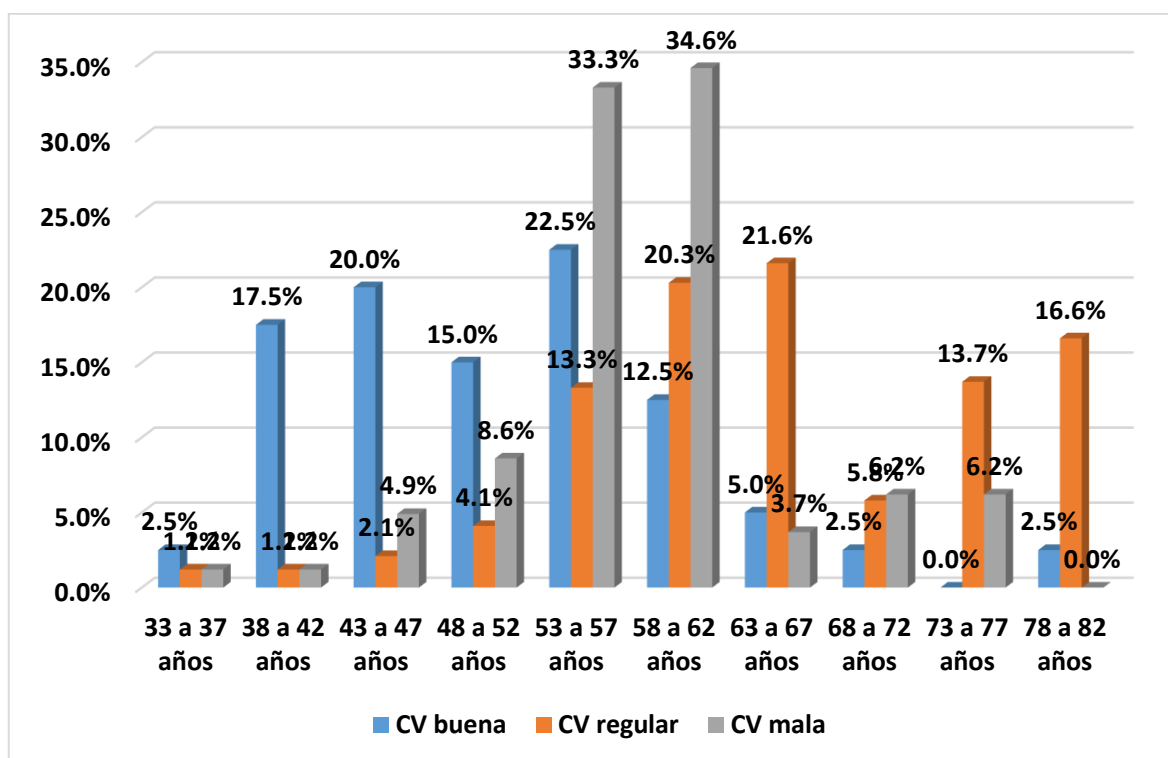
EDAD ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.

K	Intervalos	Calidad de vida					
		Buena CV		Regular CV		Mala CV	
		fi	F%	fi	F%	fi	F%
1	33 a 37 años	1	2,5%	3	1,2%	1	1,2%
2	38 a 42 años	7	17,5%	3	1,2%	1	1,2%
3	43 a 47 años	8	20,0%	5	2,1%	4	4,9%
4	48 a 52 años	6	15,0%	10	4,1%	7	8,6%
5	53 a 57 años	9	22,5%	32	13,3%	27	33,3%
6	58 a 62 años	5	12,5%	49	20,3%	28	34,6%
7	63 a 67 años	2	5,0%	52	21,6%	3	3,7%
8	68 a 72 años	1	2,5%	14	5,8%	5	6,2%
9	73 a 77 años	0	0,0%	33	13,7%	5	6,2%
10	78 a 82 años	1	2,5%	40	16,6%	0	0,0%
	Total	40	100,0%	241	100,0%	81	100,0%

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 08

EDAD ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.



Fuente: tabla 08

TABLA 09

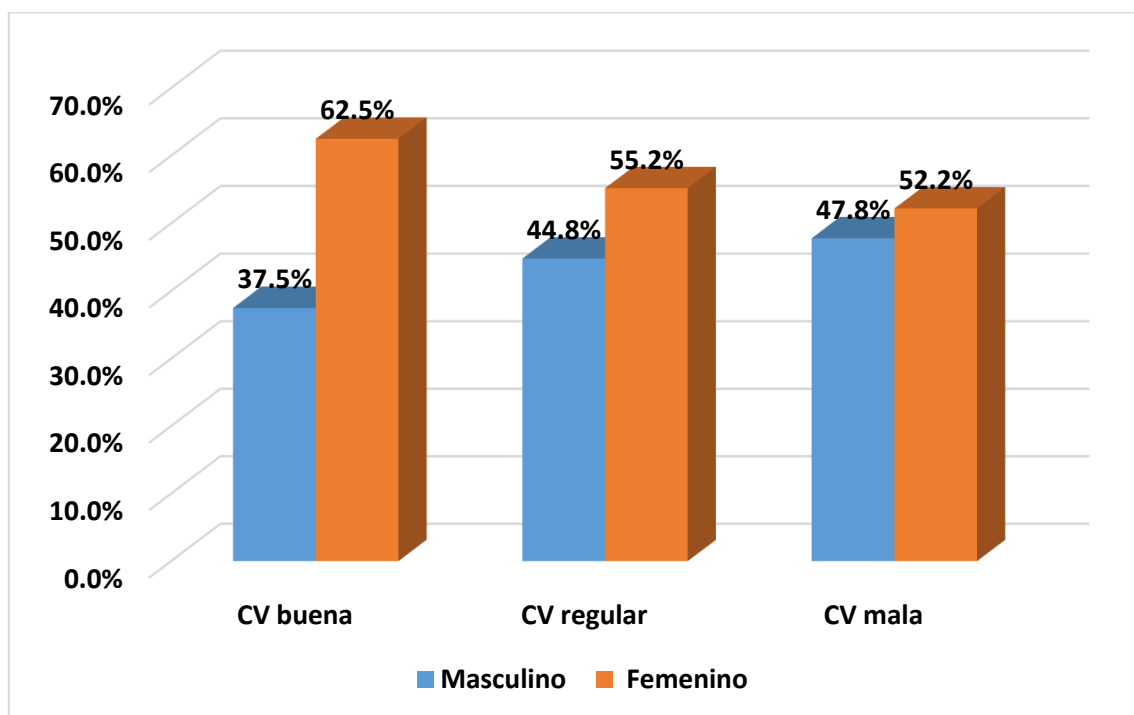
**SEXO ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO
AÑO 2025.**

		Calidad de vida						
		Buena CV		Regular CV		Mala CV		
		fi	F%	fi	F%	fi	F%	Total
Sexo	Masculino	15	37,5%	108	44,8%	50	47,8%	173
	Femenino	25	62,5%	133	55,2%	31	52,2%	189
	Total	40	100,0%	241	100,0%	81	100,0%	362

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 09

SEXO ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.



Fuente: Tabla 09

TABLA 10

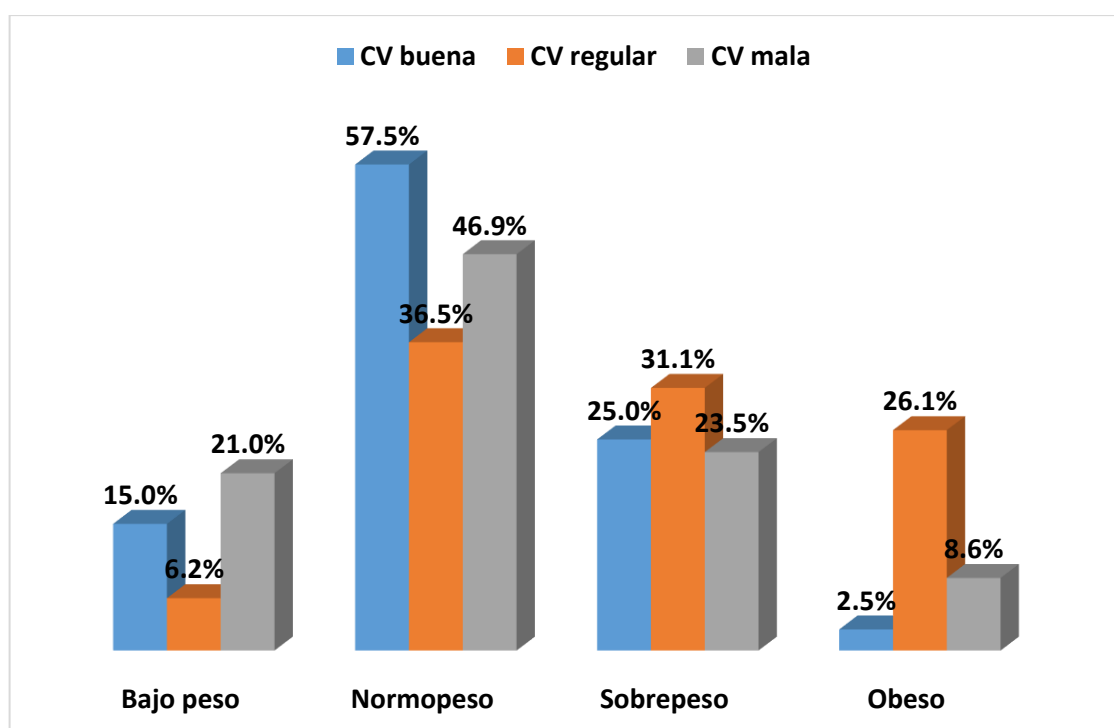
**ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**

		Calidad de vida						Total
		Buena CV		Regular CV		Mala CV		
		fi	F%	fi	F%	fi	F%	
Estado nutricional	Bajo peso	6	15,0%	15	6,2%	17	21,0%	38
	Normopeso	23	57,5%	88	36,5%	38	46,9%	149
	Sobrepeso	10	25,0%	75	31,1%	19	23,5%	104
	Obeso	1	2,5%	63	26,1%	7	8,6%	71
	Total	40	100,0%	241	100,0%	81	100,0%	362

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 10

**ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

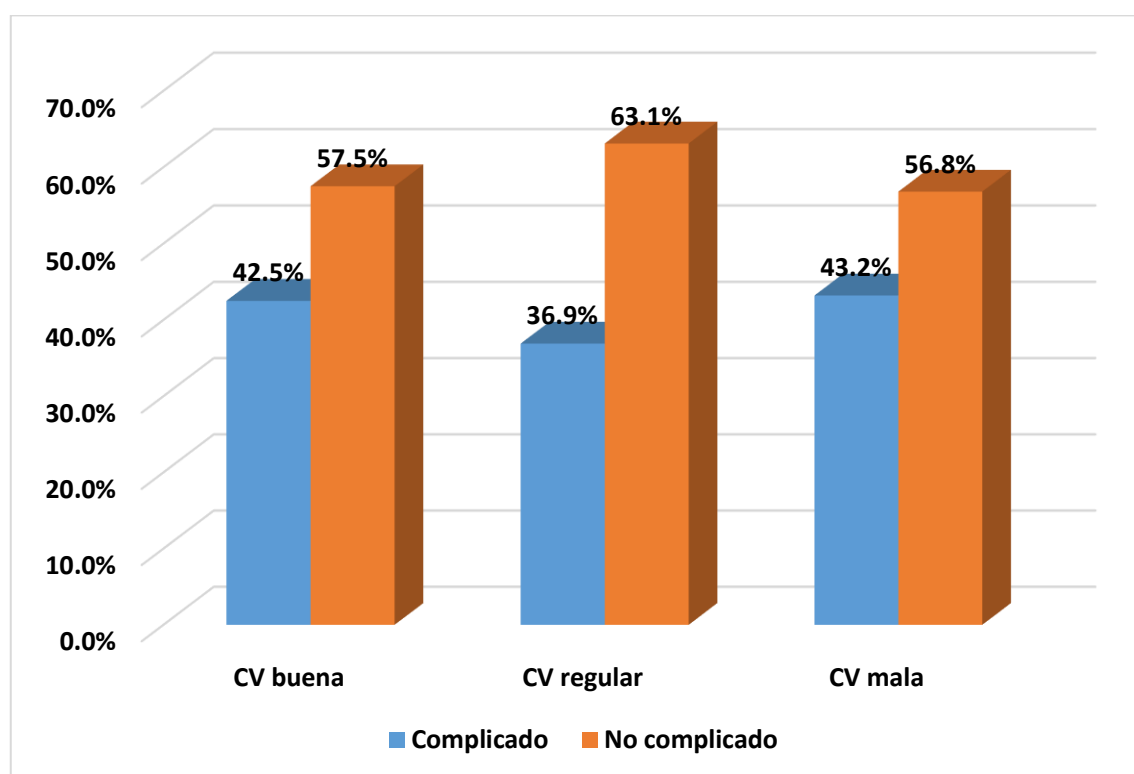
**PIE DIABÉTICO ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA,
PERIODO AÑO 2025.**

		Calidad de vida						
		Buena CV		Regular CV		Mala CV		
		fi	F%	fi	F%	fi	F%	Total
Pie diabético	Complicado	17	42,5%	89	36,9%	35	43,2%	141
	No complicado	23	57,5%	152	63,1%	46	56,8%	221
	Total	40	100,0%	241	100,0%	81	43,2%	362

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 11

**PIE DIABÉTICO ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA,
PERIODO AÑO 2025.**



Fuente: Tabla 11

TABLA 12

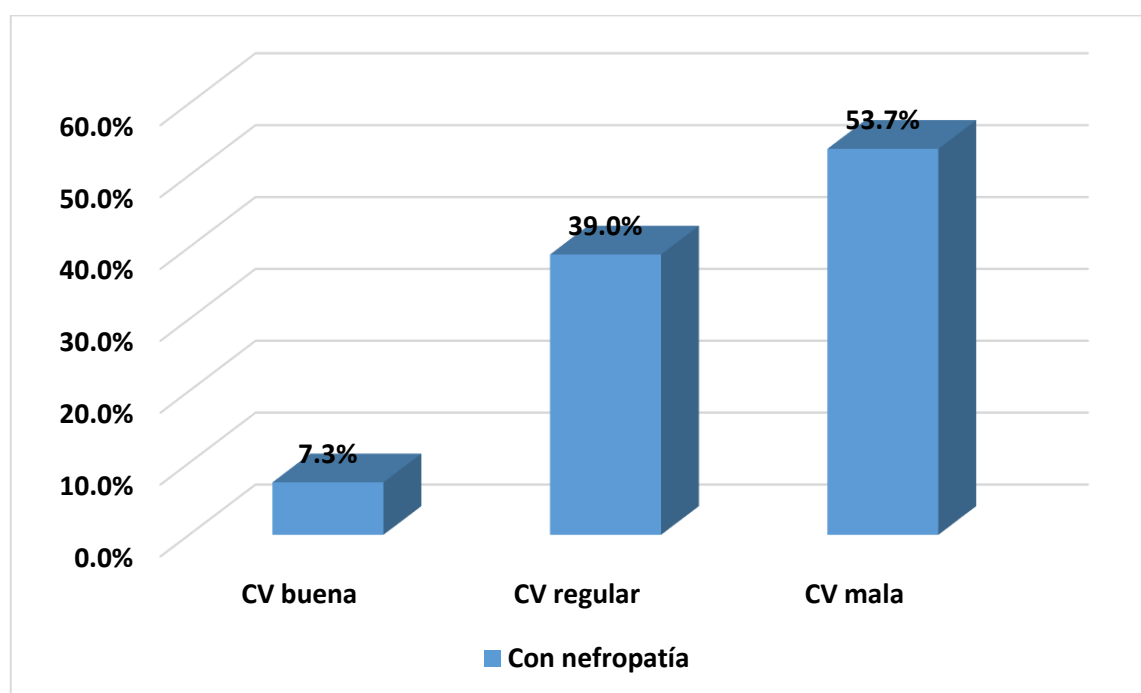
**NEFROPATÍA DIABÉTICA ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**

	Calidad de vida						Total
	Buena CV		Regular CV		Mala CV		
	fi	F%	fi	F%	fi	F%	
Con nefropatía	3	7,3%	16	39,0%	22	53,7%	41

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 12

**NEFROPATÍA DIABÉTICA ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA, PERIODO AÑO 2025**



Fuente: Tabla 12

TABLA 13

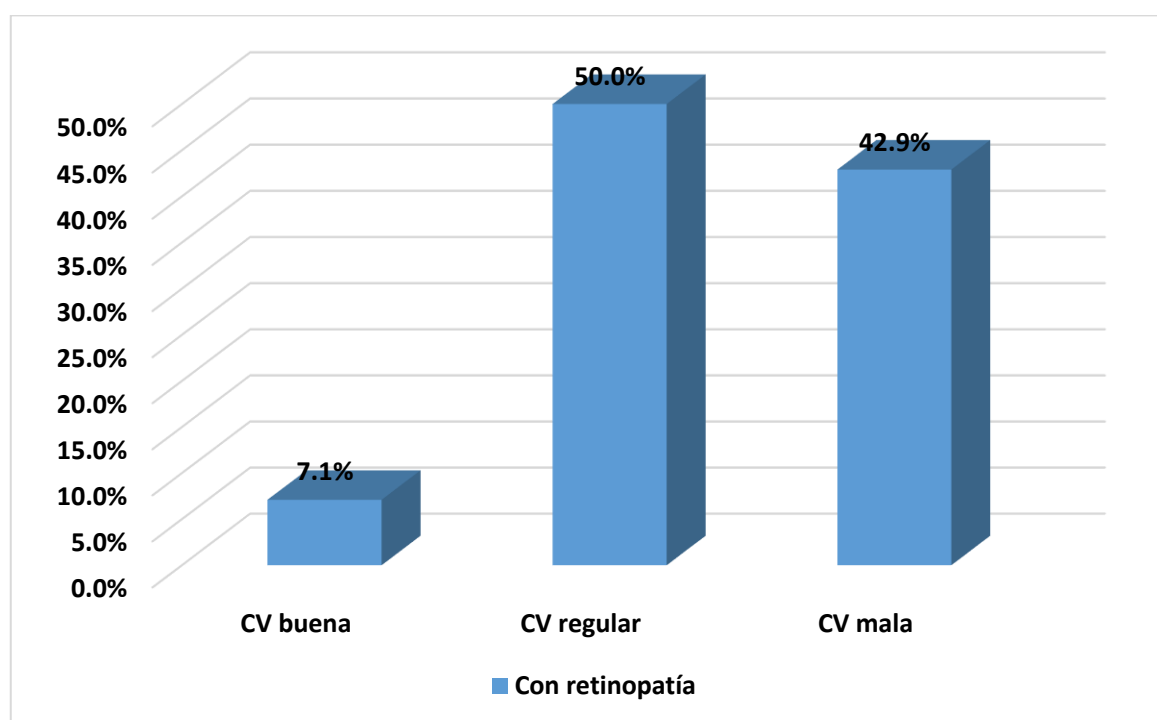
**RETINOPATÍA DIABÉTICA ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**

		Calidad de vida						
		Buena CV		Regular CV		Mala CV		
		fi	F%	fi	F%	fi	F%	Total
Retinopatía	Con retinopatía	2	7,1%	14	50,0%	12	42,9%	28

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 13

**RETINOPATÍA DIABÉTICA ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**



Fuente: Tabla 13

TABLA 14

**PUNTAJE Y CLASIFICACIÓN PREDOMINANTE DE LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**

K	Intervalos	Puntaje global	Porcentaje	Clasificación predominante
1	33 a 37 años	96,00	41,0%	Regular
2	38 a 42 años	74,73	31,9%	Buena
3	43 a 47 años	90,12	38,5%	Regular
4	48 a 52 años	105,65	45,1%	Regular
5	53 a 57 años	124,19	53,0%	Regular
6	58 a 62 años	130,98	55,9%	Regular
7	63 a 67 años	120,89	51,6%	Regular
8	68 a 72 años	145,25	62,0%	Regular
9	73 a 77 años	148,61	63,5%	Regular
10	78 a 82 años	140,71	60,1%	Regular
	Total	126,14	53,9%	Regular

Baremo

Puntaje:

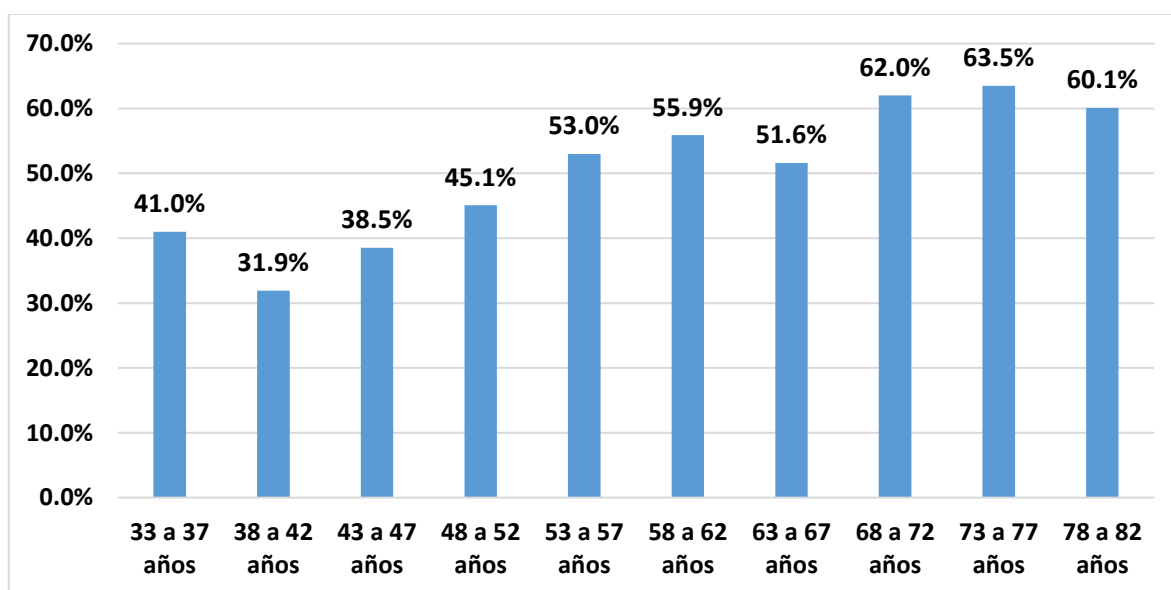
29 a 78,3 = Buena

78,4 a 156,6 = Regular

156,7 a 234 = Mala

FIGURA 14

**PUNTAJE Y CLASIFICACIÓN PREDOMINANTE DE LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025.**



Fuente: Tabla 14

TABLA 15

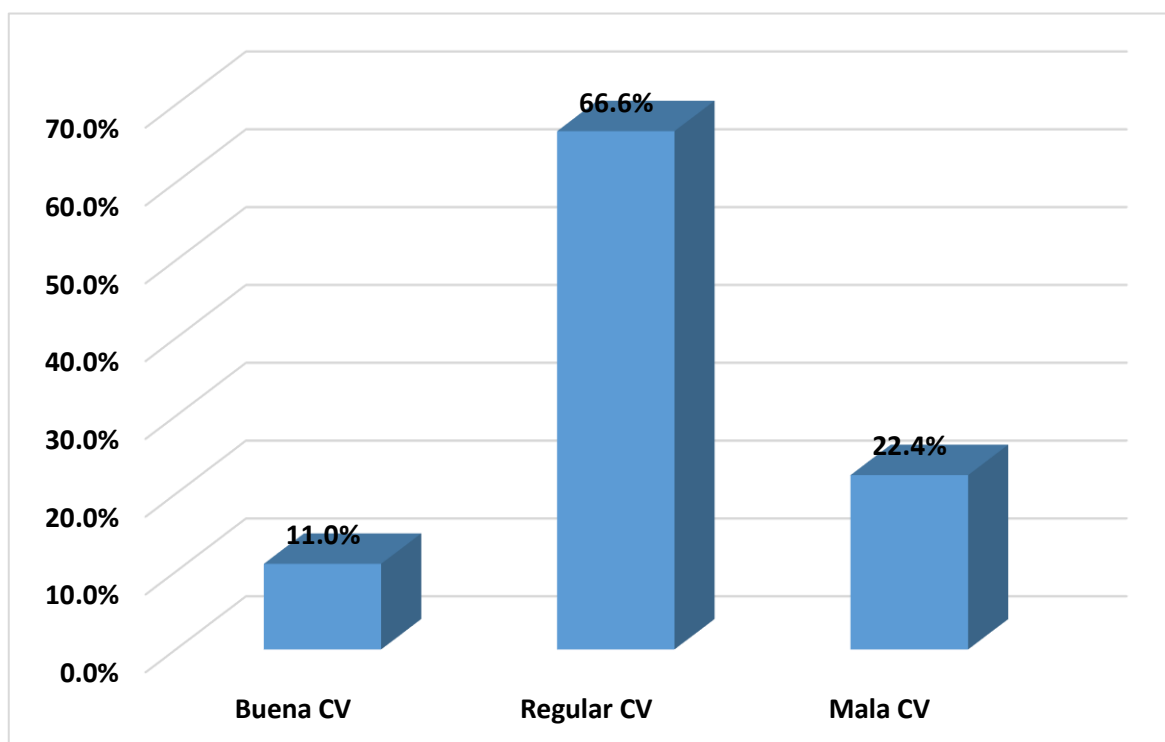
**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025**

Calidad de vida	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Buena CV	40	11,0%
Regular CV	241	66,6%
Mala CV	81	22,4%
Total	362	100,0%

Fuente: Huamani Huaroto Fernando

FIGURA 15

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, PERIODO AÑO 2025**



Fuente: Tabla 15

DESCRIPCION DE RESULTADOS

TABLA 01

La media aritmética global es de 61,98 años, lo que indica que la población está predominantemente en etapas de adultez mayor. Esto es coherente con la naturaleza de la diabetes, especialmente el tipo 2, cuya prevalencia aumenta con la edad. Se observa que los intervalos con mayor frecuencia son, 53 a 57 años (18,8%), 58 a 62 años (22,7%), 63 a 67 años (15,7%). Esto muestra una alta concentración entre los 53 y 67 años, lo que sugiere que la mayor parte de los pacientes se encuentra en edades donde pueden coexistir otras enfermedades crónicas, afectando la calidad de vida.

TABLA 02

En la población de 362 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el año 2025, se observa una ligera predominancia del sexo femenino. Del total, 189 pacientes (52,2%) son mujeres, mientras que 173 (47,8%) son hombres. Esta distribución muestra una diferencia porcentual moderada de 4,4 puntos a favor del sexo femenino, lo que sugiere que las mujeres tienen mayor representación en la muestra estudiada.

TABLA 03

Se observa una distribución relativamente equilibrada según el tiempo de evolución de la enfermedad, con un ligero predominio de pacientes con duración intermedia. El 48.6% (176 pacientes) presenta un tiempo de enfermedad de 5 a 10 años, seguido del 51.3% (186 pacientes) que tiene más de 10 años con la enfermedad. La mayoría de los pacientes (48.6%) tiene más de 10 años con diabetes, lo que sugiere una población en etapas intermedias de la enfermedad, lo cual es clínicamente relevante por el mayor riesgo de complicaciones crónicas.

TABLA 04

El estado nutricional muestra un claro predominio de alteraciones relacionadas con el exceso de peso. El 41,2% (149 pacientes) presenta Normopeso, mientras que el 28.7% (104 pacientes) tiene sobrepeso y el 19.6 % (71 pacientes) es obeso. Por otro lado, el 10,5% (38 pacientes) se encuentra en bajo peso. Un poco menos de la mitad de los pacientes (48.3%) presenta exceso de peso (sobrepeso + obesidad), lo cual es un factor de riesgo clave en la diabetes tipo 2. Aunque el grupo más frecuente individualmente es el Normopeso. El bajo peso, aunque menos frecuente, también es clínicamente relevante, especialmente en pacientes con enfermedad avanzada o complicaciones.

TABLA 05

Se observa una alta frecuencia de pie diabético en sus diferentes formas. El 61.0 % (221 pacientes) presenta pie diabético no complicado, mientras que el 39.0% (141 pacientes) presenta pie diabético complicado. Más de una tercera parte (39.0%) ya presenta formas complicadas, lo que indica una evolución

avanzada de la enfermedad en un grupo importante. Solo poco más de un tercio de la población está libre de esta complicación

TABLA 06

La mayoría de los pacientes no presenta nefropatía. El 88,7% (321 pacientes) no presenta esta complicación, mientras que el 11,3% (41 pacientes) sí presenta nefropatía diabética. Existe una baja proporción de nefropatía en comparación con otras complicaciones de la diabetes. Sin embargo, el porcentaje encontrado (11,43%) no es despreciable, considerando que se trata de una complicación crónica y progresiva.

TABLA 07

En la población de 362 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el año 2025, se observa una baja frecuencia de retinopatía diabética. El 7,7% (28 pacientes) presenta retinopatía, mientras que el 92,3% (334 pacientes) no presenta esta complicación. La retinopatía tiene una menor prevalencia en comparación con otras complicaciones evaluadas en el estudio. A pesar de su baja frecuencia, sigue siendo una complicación relevante por su carácter progresivo y potencialmente irreversible.

TABLA 08

Se observa que los pacientes más jóvenes (33 a 52 años) presentan mayor proporción de buena calidad de vida. A medida que aumenta la edad, predomina la calidad de vida regular y mala, especialmente a partir de los 53 años hasta los 82 años. Los pacientes más jóvenes tienden a presentar mejor calidad de vida, mientras que en los adultos mayores predomina una calidad de vida regular y mala, evidenciando el impacto del envejecimiento y la progresión de la enfermedad.

TABLA 09

En relación con el sexo y la calidad de vida, se observa que los hombres presentan mayor proporción de mala calidad de vida (47,8%), mientras que las mujeres predominan en las categorías de calidad de vida regular (55,2%) y buena (62,5%). Estos resultados sugieren que el sexo femenino presenta mejores niveles de calidad de vida en comparación con el masculino, posiblemente debido a un mayor autocuidado y adherencia al tratamiento. Aunque en ambos sexos predomina la calidad de vida regular, el deterioro del bienestar es más frecuente en los hombres, evidenciando una posible asociación entre el sexo y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

TABLA 10

Se observa que el bajo peso presenta 21,0% de mala calidad de vida, lo que sugiere vulnerabilidad clínica. Tiene baja representación en buena calidad de vida. Puede asociarse a fragilidad, desnutrición o enfermedad avanzada. El Normopeso destaca como el grupo con mejor calidad de vida: 57,5% de buena

calidad de vida Menor proporción de mala calidad de vida en comparación con otros grupos Este actúa como factor protector claro. El sobrepeso: 23,5% mala calidad de vida 31,1% regular 25,0% buena Indica inicio de impacto negativo del exceso de peso en el bienestar. Finalmente, la Obesidad Se asocia a peor calidad de vida: Mayor proporción de calidad de vida regular (26,1%) Baja proporción de buena calidad de vida (2,5%) Refleja un impacto importante en el estado funcional y metabólico.

TABLA 11

Se observa que lo pacientes con Pie diabético no complicado, predomina la calidad de vida regular (63,1%). Alta proporción de mala calidad de vida (56,8%), y de buena calidad de vida (57,5%). Indica impacto funcional moderado incluso en etapas iniciales. Por último, los pacientes con Pie diabético complicado, Se observa un deterioro más evidente: 43,2% de mala calidad de vida y 42,5% de buena calidad de vida Refleja mayor limitación física, dolor y riesgo de discapacidad.

TABLA 12

Los pacientes que presentaron nefropatía diabética tienen mayor proporción de mala calidad de vida (53,7%). Muy baja proporción de buena calidad de vida (7,3%). La calidad de vida regular también es reducida. Esto evidencia un impacto negativo importante en el bienestar del paciente.

TABLA 13

Aquellos pacientes con retinopatía diabética, tienen mayor proporción de mala calidad de vida (42,9%) con baja proporción de buena calidad de vida (7,1%). Predominio de calidad de vida regular en regular magnitud (50.0%). Esto indica que la retinopatía se asocia con deterioro del bienestar, principalmente en la dimensión funcional y emocional.

TABLA 14

Se observa que el puntaje global promedio del instrumento Diabetes-39 fue de 126,14 puntos, lo que, de acuerdo con el baremo establecido (78,4 a 156,6 puntos), corresponde a una calidad de vida regular. La mayoría de los intervalos de edad presentó esta misma clasificación, lo que indica que el impacto de la diabetes mellitus tipo 2 sobre la calidad de vida es moderado en la mayor parte de los pacientes. Solo el grupo de 38 a 42 años mostró una clasificación de buena calidad de vida, con un puntaje promedio de 74,73 puntos. Asimismo, el mayor puntaje global se registró en el grupo de 73 a 77 años (148,61 puntos), lo que sugiere un mayor deterioro de la calidad de vida conforme aumenta la edad. En conjunto, los resultados evidencian que la calidad de vida percibida tiende a empeorar progresivamente con el envejecimiento y la evolución de la enfermedad.

TABLA 15

Se observa un claro predominio de una calidad de vida regular. El 66.6% (241 pacientes) presenta una calidad de vida regular, seguido del 22,4% (81 pacientes) con mala calidad de vida, mientras que solo el 11,0% (40 pacientes) reporta una buena calidad de vida. Más de la mitad de los pacientes percibe su calidad

de vida como intermedia, lo que sugiere la presencia de limitaciones, aunque no severas. Un porcentaje importante presenta mala calidad de vida, lo cual refleja un impacto significativo de la enfermedad. La proporción de pacientes con buena calidad de vida es baja, lo que indica que pocos logran un bienestar óptimo.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio, conducido en 362 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el año 2025, revela que apenas el 11,0% de los pacientes reporta una buena calidad de vida, mientras que la gran mayoría se distribuye entre una calidad de vida regular (66,6%) y mala (22,4%), es decir uno de cada ocho pacientes alcanza un bienestar satisfactorio y constituye el hallazgo central y concuerda con lo documentado por Domínguez Y et al.²² en Cuba, donde la mediana de puntuación de 58,6 en el Diabetes-39 indicó una calidad de vida no adecuada de forma generalizada, así como con lo reportado por Haoues M et al.⁶ en Túnez, quienes encontraron una reducción global de la calidad de vida.

En el contexto peruano, esta tendencia es similar que los resultados de los estudios de Cadenillas Maguiña NS et al.¹³ (86% con calidad de vida media en Barranca), Castillo Delgado MG et al.¹⁶ (84% nivel medio en Chiclayo), Salcedo Andaicure MJ¹⁸ (49% calidad de vida media en Villa El Salvador), Cabrejos D¹⁹ (61% nivel medio en Huari) y López Perez KY²¹ (93,9% calidad de vida regular en Pachacútec, Ica).

Incluso Rojas¹¹ en México encuentra que el 80% de los pacientes con diabetes mellitus tienen buena calidad de vida, lo que estaría en relación al ámbito donde se desarrolló el estudio en las que los pacientes tenían nivel económico alto mientras que Urbina¹⁵ en Piura encuentra que un 46,4% de los pacientes tenían una buena calidad de vida, lo que concuerda con lo mencionado por Coronel¹⁷ en Cajamarca en las que los factores sociodemográficos influyen en la calidad de vida del paciente diabético, pues según el estudio de Castro⁷³ las poblaciones mas necesitadas como las que tiene como lengua al Quechua en Perú tienen mayor probabilidad de presentar baja calidad de vida.

La media aritmética global de la edad fue de 61,98 años, con una concentración predominante entre los 58 y 82 años, sitúa a esta población inequívocamente en etapas de adultez mayor, una realidad epidemiológica que es coherente con la mayor prevalencia de DM2 en edades avanzadas. Los datos de este estudio muestran que los pacientes más jóvenes (33-52 años) presentan mayor proporción de buena calidad de vida, mientras que a partir de los 58 años predomina la calidad de vida regular y mala, con un punto crítico entre los 53 y 62 años donde se concentran los porcentajes más elevados de mala calidad de vida (33.3% y 34.6% respectivamente). En los grupos de mayor edad (≥ 65 años), la buena calidad de vida es mínima (2.5%-5.0%).

Este hallazgo es congruente con lo reportado por Jiang H et al.⁷ en China, cuyo modelo predictivo identificó la edad ≥ 60 años como factor de riesgo significativo para peor calidad de vida en pacientes con nefropatía diabética (sensibilidad 82,10%, especificidad 86,90%). Asimismo, Galvez I et al.¹⁰ documentaron en España que las mujeres mayores de 75 años presentaban niveles de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) significativamente más bajos respecto a los varones. En el ámbito peruano, Cadenillas Maguiña NS et al.¹³ reportaron que el 29% de los pacientes mayores de 65 años presentaba calidad de vida baja en Barranca, y Truyenque Pacheco JC²⁴ halló en su estudio en Acomayo, Ica, una

asociación significativa entre tener más de 60 años y una calidad de vida deficiente ($p=0,017$). Quispe et al.⁶⁵, en su estudio transversal en Lima con 1,200 pacientes, también documentaron mayor impacto del mal control glucémico sobre los dominios físicos en adultos mayores.

Ahora bien, Zimmet et al.⁶², en su estudio con datos de cohortes internacionales, identificaron que los factores ambientales como la urbanización ejercen un impacto negativo adicional en la calidad de vida (coeficiente -0,15; IC 95% -0,18 a -0,12; $p<0,01$), lo que cobra particular relevancia en contextos urbanos con limitaciones de infraestructura sanitaria como el de Ica. La edad, entonces, opera como un marcador compuesto de vulnerabilidad donde convergen la historia natural de la enfermedad, la acumulación de complicaciones micro y macrovasculares, y la exposición prolongada a determinantes sociales adversos.

Respecto al sexo, en este estudio, las mujeres representan el 55,2% de los casos con calidad de vida regular y el 62,5% de aquellos con buena calidad de vida, mientras que los hombres concentran el 47,8% de la mala calidad de vida. Este dato sugiere que, a pesar de constituir la mayoría de la muestra (52,2%), las mujeres tienden a reportar una mejor percepción de calidad de vida. Esta observación contradice lo reportado por Haoues M et al.⁶ en Túnez, donde el sexo femenino fue identificado como factor de riesgo para la disminución de la calidad de vida; por Galvez I et al.¹⁰, quienes encontraron peor CVRS en mujeres respecto a los hombres en Badajoz, España; y por Anillo Arrieta LA et al.¹². Sin embargo, los hallazgos del presente estudio encuentran eco en los trabajos de Cadenillas Maguiña NS et al.¹³, quienes no observaron grandes diferencias entre géneros en Barranca y en Domínguez Y et al.⁹, donde no se encontraron diferencias significativas según sexo en Cuba.

En tanto que el estudio de Al-Sofani et al.⁶¹ documenta que el apoyo familiar fuerte aumenta la calidad de vida en un 28% ($p<0,001$) en contextos de sociedades colectivistas de Medio Oriente, mitigando los efectos de la depresión. En el Perú, Sánchez et al.⁷² hallaron que la calidad de vida era un 18% superior en pacientes con alto apoyo social ($p<0,001$) en cuatro regiones, incluyendo Ica. Es posible que las mujeres de esta cohorte cuenten con redes de soporte social y familiar más intensas, factor que actuaría como amortiguador del impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida percibida, incluso en presencia de limitaciones funcionales objetivas. El hallazgo de Gómez et al.⁶⁶ en Cusco donde la depresión reducía la calidad de vida en un 25% (coeficiente de regresión -0,25; IC 95% -0,30 a -0,20; $p<0,001$), con mayor impacto en pacientes de bajos ingresos subraya la necesidad de considerar variables psicosociales y culturales como mediadoras de la relación entre sexo y calidad de vida.

La distribución de la muestra según tiempo de enfermedad revela un patrón de deterioro progresivo que resulta clínicamente elocuente. Los pacientes con más de 10 años de evolución presentan la mayor proporción de mala calidad de vida (38,7%) y la menor de buena calidad de vida (14,4%). El grupo de 5 a 10 años (39,3% de la muestra) ocupa una etapa de transición donde predomina la calidad de vida regular (45,4%).

Estos resultados coinciden con los hallazgos del Ningbo Clinic Study⁵¹, que utilizando el EQ-5D en 1,500 pacientes chinos con hasta 20 años de diagnóstico, documentó que, a mayor duración de la enfermedad, mayor impacto negativo en las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión. Jiang H et al.⁷ identificaron una duración de diabetes superior a tres años como factor de riesgo independiente para peor calidad de vida en pacientes con nefropatía diabética. En el Perú, Pacheco Huamán⁵⁴ y Chacón Manrique⁵⁵ coincidieron en reportar que el tiempo de enfermedad se asoció significativamente con menores puntuaciones de calidad de vida, especialmente en las dimensiones física y emocional. Galvez I et al.¹⁰ y Truyenque Pacheco JC²⁴ ($p=0,003$) también documentaron esta asociación en España y en Ica, respectivamente.

El dato de que casi una cuarta parte de la muestra (22,6%) presenta más de 10 años de evolución es clínicamente preocupante, pues este subgrupo no solo experimenta el desgaste acumulativo de la hiperglucemia crónica, sino que probablemente ya ha desarrollado complicaciones micro y macrovasculares que impactan de manera multidimensional en su bienestar. La coexistencia de larga evolución con factores como el exceso de peso (50,2% de la muestra con sobrepeso u obesidad) y la alta prevalencia de pie diabético (64,9%) configura un escenario de riesgo sinérgico donde el tiempo actúa como multiplicador de la vulnerabilidad.

El estudio revela una paradoja nutricional con implicancias clínicas profundas. Aunque el grupo individual más frecuente es el Normopeso (41,1%), la suma de sobrepeso (28,7%) y obesidad (19,6%) alcanza el 48,3%, es decir, un poco menos de la mitad de los pacientes presenta exceso de peso. El bajo peso, aunque minoritario (10,4%), es clínicamente irrelevante. El análisis bivariado muestra que el normopeso destaca nítidamente como factor protector, concentrando el 57,5% de los casos con buena calidad de vida.

En contraste, la obesidad exhibe el perfil más desfavorable (solo 2,5% de buena calidad de vida; 26,1% de calidad de vida regular), y el sobrepeso ocupa una posición intermedia (25,0% de buena calidad de vida). El bajo peso presenta un patrón distinto pero también asociado a vulnerabilidad (21,0% de mala calidad de vida). Estos hallazgos encuentran sustento en la literatura. Torres et al.⁶⁸, en su estudio multicéntrico peruano con 1,800 pacientes, identificaron que comorbilidades como obesidad e hipertensión se asocian con una reducción del 30% en la calidad, Izadi y cols.⁵⁰ también reportaron la influencia de las comorbilidades crónicas entre ellas las metabólicas sobre la calidad de vida.

El exceso de peso en el paciente diabético no solo agrava la resistencia a la insulina y compromete el control glucémico, sino que impacta directamente en la movilidad, la autoimagen, la vitalidad y el bienestar psicológico. La obesidad, además, incrementa el riesgo de osteoartritis, apnea del sueño y enfermedad cardiovascular, condiciones que a su vez deterioran la calidad de vida de forma independiente.

La otra cara de la moneda el bajo peso este subgrupo (10,4%) podría estar constituido por pacientes con diabetes de larga evolución, desnutrición asociada a enfermedad crónica, fragilidad o complicaciones

avanzadas como nefropatía o gastroparesia diabética. Su asociación con mala calidad de vida (21.0%), aunque menos pronunciada que en obesidad, sugiere que la malnutrición por defecto constituye un marcador de vulnerabilidad clínica que requiere tamizaje y abordaje específicos. La intervención nutricional en DM2, por tanto, no puede centrarse exclusivamente en la restricción calórica; debe ser bidireccional y contextualizada, atendiendo tanto al exceso como al déficit ponderal. En este sentido, la evidencia sobre intervenciones estructuradas de estilo de vida es alentadora.

Gregg et al.⁶⁴ demostraron que las intervenciones intensivas de estilo de vida producen mejoras persistentes en la calidad de vida tras 12 años de seguimiento, con reducción en complicaciones cardiovasculares. Li y col.⁶⁰ reportaron mejoras del 20% en calidad de vida ($p<0,01$) asociadas a la adherencia a la dieta mediterránea en 2,500 pacientes seguidos durante 5 años. En el Perú, Ramos et al.⁶⁷ documentaron en Arequipa que programas de actividad física como caminatas supervisadas tres veces por semana mejoraban la calidad de vida y reducían la HbA1c en 0,4%. Della Guardia L et al.⁸ también respaldan la utilidad de intervenciones como la marcha nórdica para mejorar el control metabólico y la calidad de vida.

La paradoja del doble impacto de la malnutrición por exceso y por defecto demanda un abordaje nutricional integral que contemple tanto la reducción de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad como la identificación y manejo de la desnutrición en pacientes con enfermedad avanzada. Las intervenciones de estilo de vida, como las documentadas por Gregg et al.⁶⁴ y Ramos et al.⁶⁷, ofrecen un marco de efectividad demostrada que podría adaptarse al contexto del Hospital Regional de Ica. Asimismo, Li et al.⁶⁰ demostraron que intervenciones nutricionales adecuadas mejoran el bienestar, lo que refuerza el papel clave de la alimentación en el manejo de la diabetes.

Complicaciones crónicas de la diabetes: el pie diabético como factor de mayor impacto, la prevalencia de pie diabético (61,0% en algún grado; 38,9% complicado) es notablemente elevada y contrasta con las tasas relativamente bajas de nefropatía (11,3%) y retinopatía (7,7%), las cuales podrían estar subestimadas por falta de tamizaje sistemático una posibilidad que los propios autores del estudio reconocen y que es consistente con las limitaciones de acceso a exámenes especializados (oftalmológicos, microalbuminuria) en hospitales públicos peruanos. El pie diabético emerge como el factor de complicación con mayor impacto sobre la calidad de vida.

Los pacientes sin pie diabético concentran el 42,5,3% de los casos con buena calidad de vida, mientras que el pie diabético no complicado se asocia con un 56,8% de mala calidad de vida y el pie diabético complicado con un 42,5% adicional de mala calidad de vida. Este resultado es congruente con lo reportado por Truyenque Pacheco JC²⁴, quien encontró una asociación significativa entre pie diabético y calidad de vida ($p=0,002$) en Acomayo, Ica, así como con Reyes C et al.²⁰, quienes documentaron una correlación inversa y significativa entre complicaciones de la diabetes y calidad de vida ($rs=-0,742$; $p=0,000$) en el Hospital María Auxiliadora de Lima. El pie diabético no solo compromete la dimensión física a través del dolor, la limitación de la movilidad y el riesgo de amputación, sino que afecta

profundamente la dimensión emocional y social, configurando un impacto multidimensional que probablemente excede al de otras complicaciones cuyo curso es menos visible o menos incapacitante en etapas tempranas.

La nefropatía diabética, aunque con una prevalencia menor (11.3%), muestra una asociación clara con el deterioro de la calidad de vida: los pacientes con nefropatía presentan mayor proporción de mala calidad de vida (53.7%) y una ínfima proporción de buena calidad de vida (7.3%). Jiang H et al.⁷ aportan evidencia convergente al identificar múltiples factores socioeconómicos y clínicos incluyendo edad ≥ 60 años, duración de diabetes >3 años, hipertensión, bajo nivel educativo, inactividad física y bajo ingreso familiar como predictores de mala calidad de vida en pacientes con nefropatía diabética. El hecho de que en el presente estudio la nefropatía afecte al 10,9% de la muestra, pero que este subgrupo concentre desproporcionadamente los peores desenlaces en calidad de vida, subraya la necesidad de tamizaje temprano de enfermedad renal (microalbuminuria, tasa de filtración glomerular estimada) y de intervenciones nefroprotectoras intensivas que trasciendan el mero control glucémico.

La retinopatía diabética (7.7%) exhibe un patrón similar: los pacientes con esta complicación presentan mayor proporción de mala calidad de vida (42.9 % dentro de su distribución comparativa) y solo 7.1% de buena calidad de vida, mientras que aquellos sin retinopatía concentran los mejores niveles. Galvez I et al.¹⁰ identificaron las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes como determinantes de peor CVRS. El impacto de la retinopatía sobre la calidad de vida trasciende lo meramente oftalmológico: la disminución progresiva de la agudeza visual y el temor a la ceguera erosiona la autonomía del paciente, compromete su capacidad para el autocuidado (lectura de etiquetas nutricionales, autoadministración de insulina, monitorización glucémica), limita la movilidad independiente y genera una carga psicológica que frecuentemente se manifiesta como ansiedad y síntomas depresivos.

Finalmente, la baja prevalencia reportada de nefropatía (11.3%) y retinopatía (7.7%) debe interpretarse con cautela. La posibilidad de subdiagnóstico reconocida por los propios investigadores plantea la necesidad de fortalecer los programas de tamizaje con exámenes de fondo de ojo y determinación de microalbuminuria, particularmente en pacientes con más de 10 años de evolución, donde la probabilidad de complicaciones microvasculares silentes es considerablemente mayor.

Ogurtsova et al.⁶³ documentaron en su revisión sistemática en países de bajos y medianos ingresos que las disparidades en el acceso a cuidados (disponibilidad de medicamentos, educación) se traducen en diferencias de hasta 10 puntos en las puntuaciones del EQ-5D entre áreas rurales y urbanas (IC 95% -12 a -8; $p < 0,01$), un hallazgo que resulta pertinente para regiones como Ica, donde coexisten realidades urbanas y rurales con acceso diferencial a servicios de salud.

V. CONCLUSIONES

1. La población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendida en el Hospital Regional de Ica durante el año 2025 se caracteriza por un predominio de adultos mayores, con una media de edad de 61,98 años, lo que confirma la asociación entre envejecimiento y mayor presencia de esta enfermedad. La calidad de vida global de los pacientes fue mayoritariamente regular (66.6%), seguida de mala (22.4%) y en menor proporción buena (11.0%), lo que indica que la mayoría experimenta limitaciones moderadas en su bienestar.
2. La edad se asocia significativamente con la calidad de vida, observándose que los pacientes más jóvenes presentan mejores niveles, mientras que en los adultos mayores predomina una calidad de vida regular y mala.
3. Se evidenció una ligera predominancia del sexo femenino; sin embargo, los hombres presentaron mayor proporción de mala calidad de vida, lo que sugiere diferencias de género en la percepción del bienestar.
4. La mayor duración de la diabetes mellitus tipo 2 y la presencia de complicaciones crónicas, especialmente el pie diabético, se asocian significativamente con un mayor deterioro de la calidad de vida, evidenciando un impacto negativo progresivo sobre el bienestar físico y funcional de los pacientes.
5. El estado nutricional constituye un factor determinante, siendo el normopeso un factor protector asociado a mejor calidad de vida, mientras que el sobrepeso, la obesidad y el bajo peso se asocian con un mayor deterioro.
6. La nefropatía diabética, aunque menos frecuentes, también se relacionan con una disminución de la calidad de vida, confirmando la influencia de las complicaciones microvasculares en el deterioro del paciente.
7. La retinopatía diabética, se relacionan con una disminución de la calidad de vida.

VI. RECOMENDACIONES

1. Implementar un programa regional de manejo escalonado de la DM2, donde los centros de salud del primer nivel asuman el seguimiento protocolizado de pacientes estables (control metabólico, tamizaje periódico de complicaciones, educación para el autocuidado) y el hospital regional concentre la atención de pacientes con complicaciones avanzadas o descontrol metabólico refractario. Este modelo, conocido como stepped care, ha demostrado efectividad en sistemas de salud con recursos limitados al optimizar el uso de la capacidad instalada especializada.
2. Establecer un programa específico de "control intensivo y empoderamiento temprano" dirigido a pacientes con DM2 de 31 a 50 años, con los siguientes componentes: Metas de control metabólico más exigentes, educación diabetológica estructurada con enfoque en la autogestión, Consejería sobre actividad física y nutrición adaptada a la vida laboralmente activa, Tamizaje anual sistemático de complicaciones incipientes.
3. Diseñar e implementar una estrategia específica de captación, retención y adherencia para pacientes masculinos con DM2, cuyos componentes incluyan: Búsqueda activa de pacientes masculinos que han abandonado el seguimiento, Adaptación de los horarios de consulta a la realidad laboral masculina, Diseñar materiales educativos y sesiones grupales que utilicen un lenguaje, y canales de comunicación que resuenen con la población sobre todo masculina.
4. Diseñar e implementar un "Programa Regional de Prevención y Manejo del Pie Diabético" (PROPIED-Ica) con los siguientes componentes: Estratificación universal del riesgo de ulceración en cada paciente con DM2, Educación estructurada en autocuidado del pie, Consulta de podología clínica en el Hospital Regional de Ica, y establecer una Ruta de atención urgente para pie diabético infectado
5. Diseñar e implementar el "Programa de Estilo de Vida Saludable para el Paciente Diabético de Ica" (PROVIDA-Ica), estructurado en tres componentes interrelacionados: Consejería nutricional individualizada con enfoque en la dieta tradicional costeña y andina adaptada, Programa de actividad física adaptada a la capacidad funcional y al entorno, La modificación sostenida de hábitos alimentarios y de actividad física no se logra con una indicación puntual, por muy bien fundamentada que esté. Se requiere un soporte continuo que aborde las recaídas.
6. Incorporar en el programa de control de DM2 un "Paquete de Nefroprotección Integral" que se active para todo paciente desde el momento del diagnóstico de diabetes, y que se intensifique ante la detección de microalbuminuria o caída de la TFG. Los componentes de este paquete incluyen: Control estricto de la presión arterial con metas diferenciadas, Incorporación de fármacos con beneficio renal demostrado, todo paciente con DM2 y microalbuminuria o proteinuria debe recibir un inhibidor de la enzima

convertidora de angiotensina (IECA) o un antagonista del receptor de angiotensina II (ARA-II), independientemente del nivel de presión arterial, titulando hasta la dosis máxima tolerada.

7. Implementar un protocolo regional de tamizaje oftalmológico de obligado cumplimiento para todo paciente con DM2 en la red del Hospital Regional de Ica, con los siguientes componentes: Fondo de ojo anual universal, Estratificación de la frecuencia según el grado de retinopatía, Registro nominal de tamizaje oftalmológico con alertas: Cada historia clínica debe incluir un campo visible con la fecha del último fondo de ojo, el resultado, el grado de retinopatía (según la clasificación internacional) y la fecha del próximo tamizaje programado, generando una alerta.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Cruz JPS, Morales-García Y, Calderón-Cahua M, Morales-García M, Tapia-Salinas S, Quispe-Llanzo M. Quality of life of Latin-American individuals with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Prim Care Diabetes*. 2021;15(1):1-8. doi:10.1016/j.pcd.2019.09.003.
2. Bello-Chavolla OY, Rojas-Martinez R, Aguilar-Salinas CA, Hernández-Avila M. Epidemiology of diabetes mellitus in Mexico. *Nutr Rev*. 2017;75(suppl_1):4-12. doi:10.1093/nutrit/nuw030.
3. Peña A, Olson ML, Hooker E, Ayers SL, Castro FG, Patrick DL, et al. Effects of a diabetes prevention program on type 2 diabetes risk factors and quality of life among Latino youths with prediabetes: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2022;5(9):e2231196. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.31196.
4. Zapata ALR. Efectividad del programa de terapia ocupacional en el entorno virtual para el mejoramiento de la calidad de vida y capacidad funcional del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Herediana Rehabil*. 2023;6(2):73-79.
5. Anillo Arrieta LA, Flórez Lozano KC, Tuesca Molina R, Acosta Vergara T, Rodríguez Acosta S, Aschner P, et al. Glycemic status and health-related quality of life in populations at risk of diabetes in two Latin American cities. *Qual Life Res*. 2023;32(8):2361-2373. doi:10.1007/s11136-023-03398-x.
6. Haoues M, Zedini C, Hasni Y, Chadli-Chaieb M. Risk factors for impaired quality of life in diabetic patients in Tunisia. *Tunis Med*. 2023;101(4):410-418.
7. Jiang H, Zhang H, Zhang R. Construction and verification of predictive model for influencing factors of quality of life in patients with type 2 diabetic nephropathy. *Arch Esp Urol*. 2023;76(6):418-424. doi:10.56434/j.arch.esp.urol.20237606.51.
8. Della Guardia L, Carnevale Pellino V, Filipas L, Bonato M, Gallo G, Lovecchio N, et al. Nordic walking improves cardiometabolic parameters, fitness performance, and quality of life in older adults with type 2 diabetes. *Endocr Pract*. 2023;29(2):135-140. doi:10.1016/j.eprac.2022.11.007.
9. Domínguez YA, Vargas Ramos F, Véliz Martínez PL, Piña Hidalgo G. Calidad de vida en pacientes cubanos con diabetes mellitus al aplicar el instrumento Diabetes-39. *Rev Cubana Investig Bioméd*. 2022;41:e1063.
10. Gálvez Galán I, Cáceres León MC, Guerrero-Martín J, López Jurado CF, Durán-Gómez N. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus en una zona básica de salud. *Enferm Clin*. 2021;31:313-322. doi:10.1016/j.enfcli.2020.10.032.
11. Rojas Montiel FM, Ayala Juárez MT, Cuéllar Vázquez JJ, Mendoza Romo MA, Alemán Alvarado CA. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. *Aten Fam*. 2021;28(4):275-279. doi:10.22201/fm.14058871p.2021.4.80598.
12. Anillo Arrieta LA, Acosta Vergara T, Tuesca R, Rodríguez Acosta S, Flórez Lozano KC, Aschner P, et al. Health-related quality of life in a population at risk of type 2 diabetes. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):269. doi:10.1186/s12955-021-01894-7.
13. Cadenillas Maguiña NS, Rosas Castillo MA, Morillas ME, Souza de Santana Carvalho E, Ochoa Vigo K. Quality of life in type 2 diabetes mellitus patients. *Rev Fac Med Hum*. 2024;24(3):62-70.

14. Gutierrez de la Cruz PY. Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [tesis de pregrado]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2024.
15. Coronel Burga G, Sánchez Burga YR, Asenjo Alarcón JA. Quality of life according to demographic characteristics of patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev Finlay*. 2023;13(3):265-272.
16. Castillo Delgado MG, Guevara Vallejos CA. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Centro de Salud Cerropón [tesis]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2023.
17. Reyes Rojas CL, Poma Mendieta NL. Calidad de vida y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, servicio de medicina, Hospital María Auxiliadora [tesis]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021.
18. López Pérez KY. Consumo de plantas medicinales y calidad de vida en pobladores con enfermedades crónicas del distrito de Pachacútec, Ica [tesis de pregrado]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2023.
19. Serrano Ayala MDR, Tincopa Huamani PA. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo II que acuden al Centro de Salud de Vista Alegre, Nazca [tesis]. Chinchá: Universidad Autónoma de Ica; 2023.
20. Huamán Chávez AM, Cadillo Vargas CY. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes del Centro de Salud Chavín-Huari [tesis]. Chinchá: Universidad Autónoma de Ica; 2023.
21. Truyenque Pacheco JC. Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud de Ica. *Rev Peru Med Integrativa*. 2022;7(4).
22. Pebes Mendoza AB. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2 y control preventivo de la enfermedad en el Hospital Regional de Ica. *Rev Enferm Vanguardia*. 2021;2(1). doi:10.35563/revan.v2i1.281.
23. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of care in diabetes — 2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S1-S321. doi:10.2337/dc24-SINT.
24. Yfantopoulos J, Chantzaras A. Health-related quality of life and health utilities in insulin-treated type 2 diabetes. *Eur J Health Econ*. 2021;21(5):729-743. doi:10.1007/s10198-020-01167-y.
25. Gvozdanović Z, Farčić N, Šimić H, Buljanović V, Gvozdanović L, Katalinić S, et al. The impact of education, COVID-19 and risk factors on the quality of life in patients with type 2 diabetes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2332. doi:10.3390/ijerph18052332.
26. Tietjen AK, Ghandour R, Mikki N, Jerdén L, Eriksson JW, Norberg M, et al. Quality of life of type 2 diabetes mellitus patients in Ramallah and al-Bireh Governorate-Palestine. *Qual Life Res*. 2021;30(5):1407-1416. doi:10.1007/s11136-020-02733-w.
27. Franco Gallegos LI, Robles Hernández GS, Montes Mata KJ, Aguirre Chávez JF. Actividad física y calidad de vida en diabetes tipo 2: revisión narrativa. *Retos*. 2024;(53):262-270.
28. Castellanos Vega RP, Cobo Mejía EA. Actividad física y calidad de vida en personas mayores con diabetes mellitus: revisión sistemática y metaanálisis. *Retos*. 2023;(47):859-865.

29. Kim YJ, Jeong IK, Kim SG, Cho DH, Kim CH, Kim CS, et al. Changes in quality of life in type 2 diabetes according to physician and patient behaviors. *Diabetes Metab J.* 2021;44(1):91-102. doi:10.4093/dmj.2018.0251.
30. Lora Loza MG, Barrantes Ponce SAM, Peñalver Higuera MJ, Rodríguez Vega JL. Apoyo familiar y calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2 durante la COVID-19. *Rev Cienc Soc.* 2023;29(1):357-368.
31. Coello Viñán BE, Coello Viñán JE, Sánchez de la Torre ME. Calidad de vida y hemoglobina glicosilada en diabetes mellitus tipo 2. *Rev Eug Esp.* 2021;15(1):1-11. doi:10.37135/ee.04.10.01.
32. Accinelli RA, Arias KB, León-Abarca JA, López LM, Saavedra JE. Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus en establecimientos de salud pública de Lima Metropolitana. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021;50(4):243-251.
33. Hallit S, Saade S, Zeidan RK, Saleme R, Sebaaly R, Haddad C, et al. Factors associated with undiagnosed type II diabetes and quality of life in Lebanon. *J Public Health (Oxf).* 2021;42(3):550-560. doi:10.1093/pubmed/fdz051.
34. Martínez-Royert JC, Loaiza Guzmán JL, Ramos Arista SA, Maury Mena SC, Pájaro-Martínez MC, Plaza Gómez KE. Calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. *Salud Barranquilla.* 2021;37(2):302-315. doi:10.14482/sun.37.2.618.
35. López Carmona JM, Ariza Andraca CR, Rodríguez Moctezuma JR, Munguía Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex.* 2003;45(4):259-268.

VIII. ANEXOS

1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
• Problema General: ¿Cuáles son los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica, 2025?	• Objetivo General: Determinar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025. • Objetivos Específicos: 1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según su nivel de calidad de vida atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025. 2. Evaluar si la edad es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025. 3. Analizar si el sexo es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes	• Hipótesis General: Existen factores asociados a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.	• Variable Dependiente: Calidad de vida • Variable Independiente: 1. Edad. 2. Sexo. 3. Grado de Instrucción. 4. Tiempo de enfermedad. 5. Estado nutricional 6. Pie diabético 7. Nefropatía diabética 8. Retinopatía diabética	• Tipo de Investigación: Observacional • Nivel de Investigación: Analítico • Diseño de Investigación: Transversal Analítico Cuantitativo No experimental • Población: Todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el 2025. • Muestra: La muestra calculada fue de 362 pacientes atendidos durante el 2025, El tamaño de la muestra se ha obtenido con un 95% de confianza y un nivel de significancia de 0.5, mediante el algoritmo matemático para poblaciones finitas o conocidas. • Técnicas de Recolección de datos: 1. Elaboración del proyecto.

	con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025. 4. Investigar si el grado de instrucción es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025. 5. Examinar si el tiempo de enfermedad es un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Regional de Ica en 2025.			2. Obtención del permiso del Hospital Regional de Ica. 3. Análisis y procesamiento de la base de datos. • Instrumentos de Recolección de datos: Los datos se recopilarán a través de una ficha de recolección de datos (Anexo 1 y 2), con previa autorización del jefe del Hospital Regional de Ica. Antes de comenzar, se explicará en qué consistirá el cuestionario.
--	---	--	--	--

2. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
VARIABLE DEPENDIENTE				
Calidad de vida	Cualitativo	La percepción que los individuos tienen sobre su vida se basa en varios parámetros. Medida mediante el cuestionario Diabetes – 39 obtenido de	Ordinal Politómica	(1) Mala CV (2) Regular CV (3) Buena CV

		las historias clínicas de cada paciente.		
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Edad	Cuantitativo	Tiempo que la persona ha vivido desde que nació en años.	De razón Continua	En años cumplidos
Sexo	Cualitativo	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas que definen a cada sujeto como varón o mujer.	Nominal Dicotómica	(0) Masculino (1) Femenino
Grado de instrucción	Cualitativo	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o no.	Ordinal Politómica	(1) Analfabeto (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior
Tiempo de enfermedad	Cualitativo	Período de tiempo que ha transcurrido desde que se diagnosticó la enfermedad.	Nominal Dicotómica	(1) Menos de 5 años (2) De 6 a 10 años (3) Más de 10 años
Estado nutricional	Cualitativo	Condición corporal de la paciente determinada mediante el índice de masa corporal (IMC), que refleja la relación entre peso y talla y permite clasificar el estado nutricional	Ordinal politómica	(1) Bajo peso (2) Normopeso (3) Sobrepeso (4) Obesidad
Pie diabético	Cualitativo	Complicación crónica de la diabetes mellitus caracterizada por infección, ulceración o destrucción de tejidos profundos del pie, asociada a neuropatía y/o enfermedad vascular periférica.	Nominal dicotomica	(1) Pie diabético no complicado (2) Pie diabético complicado

Nefropatía diabética	Cualitativo	Complicación microvascular de la diabetes caracterizada por daño renal progresivo, evidenciado por albuminuria persistente y/o disminución de la tasa de filtración glomerular.	Nominal dicotómica	(0) No presenta (1) Sí presenta
Retinopatía diabética	cualitativo	Complicación microvascular de la diabetes caracterizada por alteraciones en los vasos sanguíneos de la retina, que pueden ocasionar disminución de la agudeza visual y ceguera.	Nominal dicotómica	(0) No presenta (1) Sí presenta

3. Ficha de recolección de datos

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS PACIENTES DE ESTUDIO

“FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025”

Se solicitará el llenado de los siguientes datos del paciente atendido en el Hospital Regional de Ica durante el año 2025:

1. Edad: ____ años
2. Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Femenino
3. Grado de Instrucción:
 - a. Analfabeto
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior
4. Tiempo de enfermedad:

- a. De 5 a 10 años
- b. Más de 10 años

ANEXO 2: CUESTIONARIO DIABETES – 39 PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos, la familia o el trabajo. El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes. Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida durante el último mes. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema.

Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda. Se le suplica responder todas las preguntas.

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1. El horario de los medicamentos para su diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

2. Preocupaciones por problemas económicos.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

3. Limitación en su nivel de energía.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

6. Estar preocupado(a) por su futuro.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

8. Tensiones o presiones en su vida.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

9. Sensación de debilidad.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

12. Visión borrosa o pérdida de la visión.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

13. No poder hacer lo que quisiera.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

14. Tener diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

15. El descontrol de su azúcar en sangre.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

16. Otras enfermedades aparte de la diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

18. El tiempo requerido para controlar su diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

20. La vergüenza producida por tener diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

22. Sentirse triste o deprimido.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

23. Problemas con respecto a su capacidad sexual.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

24. Tener bien controlada su diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

25. Complicaciones debidas a su diabetes.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

30. Menor interés en su vida sexual.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

32. Tener que descansar a menudo.

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

33. Problemas al subir escaleras

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

35. Tener el sueño intranquilo

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

36. Andar más despacio que otras personas

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

37. Ser identificado como diabético

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

39. La diabetes en general

Nada afecta en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectado

4. Validación por juicio de expertos

Juicio de Expertos

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 02 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Caceres Roca Luis Hernando
 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional Ica
 1.3 Nombre del instrumento:
 1.4 Autor (a) del instrumento: HUAMANI HUAROTO FERNANDO JESÚS

Informe de Opinión de Experto

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regula r 21 - 40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre la investigación					99
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					99
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores relacionado a la enfermedad en estudio					99
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					96
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					97

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN 98%

Lugar y Fecha: ICA, 18 03 2026

Experto

Firma

Caceres Roca Luis Hernando

del

D.N.I N° 42280111

Teléfono 993492618

Dr. Luis Hernán Cáceres Roca
 MEDICO INTERNISTA
 C.M.P. 065915 RNE. 045786

Juicio de Expertos

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 02 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Huamani Huaroto Fernando Jesús
 1.2 Cargo e institución donde labora: Asesor de Investigación
 1.3 Nombre del instrumento:
 1.4 Autor (a) del instrumento: HUAMANI HUAROTO FERNANDO JESÚS

Informe de Opinión de Experto

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regula r 21 - 40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre la investigación					99
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					96
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores relacionado a la enfermedad en estudio					96
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN 97%

Lugar y Fecha:

Experto 07-3-2026

Firma



del

D.N.I N°

Teléfono

21474294

949011083

Juicio de Expertos

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 02 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Lara Yauri William
- 1.2 Cargo e institución donde labora: MEDICO ENDOCRINOLOGO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA
- 1.3 Nombre del instrumento:
- 1.4 Autor (a) del instrumento: HUAMANI HUAROTO FERNANDO JESÚS

Informe de Opinión de Experto

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					97
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					97
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre la investigación					99
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					99
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores relacionado a la enfermedad en estudio					95
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					97

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

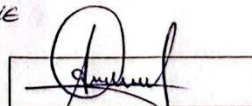
IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN 97%

Lugar y Fecha:

ICA, 18/03/2026

Experto

Firma



del

D.N.I N°

41246355

Teléfono

944461490



DR. WILLIAM LARA YAURI
INTERALISTA - ENDOCRINOLOGO
CNP: 49393 RNE: 24345 RNE: 41894

Juicio de Expertos

"FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 02 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025"

I.- DATOS GENERALES:

- Apellidos y Nombres del Experto: FARFAN GUERRA ANA
- Cargo e institución donde labora: HOSPITAL REGIONAL DE ICA
- Nombre del instrumento:
- Autor(a) del instrumento: Huamani Huaroto Fernando Jesús

Informe de Opinión de Experto

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	PUNTAJE (%)
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.	98
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.	97
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría sobre la investigación.	99
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.	98
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.	99
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer asociación entre los factores relacionados a la enfermedad en estudio.	99
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.	96
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.	97
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	97

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

98.4

- Lugar y Fecha: 21/03/26
- Firma del Experto: _____
- D.N.I. N°: 21403655
- Teléfono: _____


 Ana M. Farfán Guerra
 Médica Interna
 CMP 28701 - RNL 28609

5. Constancia del comité de ética del Hospital Regional de Ica.


GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 261-2026-HRI/DE.


Resolución Directoral

Ica, 17 de Marzo del 2026

VISTO:
El Expediente N° 26-006567-001, que contiene el Memorando N° 401-2026-HRI/DE, de fecha 12 de marzo del año 2026, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 132-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

CONSIDERANDO:
Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 132-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 11 de marzo del año 2026, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutivo de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025"**, presentado por el Investigador: **HUAMANI HUAROTO FERNANDO JESUS**, alumno de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 11 de marzo del año 2026.

Que, con Memorando N° 401-2026-HRI/DE, de fecha 12 de marzo del año 2026, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 132-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del
....///






Escaneado con CamScanner

///...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.



SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:



N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADOR
01	"FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2025"	- HUAMANI HUAROTO FERNANDO JESUS

ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.-----

Regístrese y Comuníquese,


GORE-ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. CARLOS E. NAVEA MENDEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
CMP 059270

CENM/DE
JEFC/D.E.ADM.
J. ORRH.
MANM/J.AJ

6. Evidencias de la recolección de datos.

