

## Dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes diabéticos

### Quality of Life Dimensions Affected in Diabetic Patients

Katiuska Figueredo Villa<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3457-737X>

Carlos Gafas González<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5361-5285>

Mireya Pérez Rodríguez<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0001-5334-4446>

Edgar Brossard Peña<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7527-2332>

Cecilia Alejandra García Ríos<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5179-0303>

Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua <https://orcid.org/0000-0003-2002-5857>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador.

<sup>2</sup>Instituto Superior Tecnológico Riobamba. Ecuador.

<sup>3</sup>Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Ecuador

\*Autor para la correspondencia: [cgafasg@gmail.com](mailto:cgafasg@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** La diabetes mellitus, segunda causa de mortalidad a nivel mundial, es una enfermedad crónica con elevada incidencia en adultos. La calidad de vida puede verse modificada con la sintomatología que afecta el estado de salud del paciente.

**Objetivo:** Describir las dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes adultos y adultos mayores diabéticos.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal en unidades operativas del Distrito de Salud Chambo-Riobamba, Ecuador, desde noviembre 2017 a enero 2018. Universo de 138 pacientes con diabetes mellitus. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, la muestra quedó constituida por 101 pacientes. Para obtener los datos se empleó la escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes.

**Resultados:** Predominó el sexo femenino en edades de 50 a 79 años (76,20 %), religión católica (79,20 %), casados (62,37 %) y nivel de instrucción básica (60,39 %). La hipertensión arterial, la artritis y los problemas de visión conformaron las características clínicas con mayor incidencia. Entre las dimensiones de calidad de vida frecuentemente

afectadas se reportaron los cambios en su apariencia y las limitaciones para desarrollar actividades físicas.

**Conclusiones:** Los cambios en su vida personal, la capacidad individual para adaptarse a la enfermedad, las limitaciones para el desarrollo de las actividades diarias, el descanso y los problemas económicos, se encuentran entre las dimensiones de calidad de vida más afectadas, las que generan en el enfermo dificultades para el mantenimiento de su salud.

**Palabras clave:** diabetes mellitus; calidad de vida; indicadores de calidad de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** Diabetes mellitus, the second leading cause of mortality worldwide, is a chronic disease with a high incidence in adults. The quality of life can be modified with the symptoms that affect the patient's state of health.

**Objective:** To describe the dimensions of quality of life that are affected in diabetic adult and elderly patients.

**Methods:** Descriptive, cross-sectional study with operational units of the Chambo-Riobamba Health District, Ecuador, from November 2017 to January 2018. The study group was made up of 138 patients with diabetes mellitus. A non-probabilistic sampling was carried out for convenience, and the sample finally consisted of 101 patients. To obtain the data, the scale of quality of life and satisfaction in patients was used.

**Results:** There was a predominance of the female sex prevailed at ages 50 to 79 (76.20%), together with the Catholic religion (79.20%), married as a status (62.37%), and basic education level (60.39%). Hypertension, arthritis and vision problems formed the clinical features with the highest incidence. Among the dimensions of quality of life frequently affected, changes in their appearance and limitations to develop physical activities were reported.

**Conclusions:** Changes in personal life, the individual capacity to adapt to the disease, limitations for the development of daily activities, rest, and economic problems are among the most affected dimensions of quality of life, which generate difficulties for the patients' maintaining their health.

**Keywords:** diabetes mellitus; quality of life; quality of life indicators.

Recibido: 23/05/2018

Aceptado: 27/10/2018

## Introducción

Las diversas actividades bajo el rubro de acciones de prevención de enfermedades desarrolladas en los diferentes niveles de atención de salud, han estado ligadas a la realización de acciones educativas, formuladas desde diferentes ciencias y posicionamientos teóricos.

Desde esa perspectiva, diversas organizaciones internacionales e investigadores del tema se han enfocado en el estudio de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), consideradas como un trastorno orgánico, funcional e incapacitante, que modifica el estilo de vida de la persona que la padece, debido a las alteraciones que ocasionan a nivel individual, familiar, social y que afecta la calidad de vida (CV) de estos.<sup>(1,2,3,4,5)</sup>

Una mirada holística al abordaje de las ECNT permite visualizar el efecto causado por las transiciones demográficas y la influencia de las determinantes sociales de la salud en el incremento de enfermedades cardiovasculares, cerebrales, cáncer y metabólicas, entre otras; las mismas coexisten con una comorbilidad asociada de factores de riesgo modificables y no modificables que pueden favorecer el desarrollo de esas enfermedades y sus complicaciones.<sup>(1,2,3,4,5)</sup>

Como parte de las condiciones de salud humana que ponen en riesgo la vida del individuo se destacan los trastornos metabólicos; que presentan una etiopatogenia multifactorial, relacionada con la resistencia insulínica, proceso fisiopatológico común en este tipo de desorden que puede desencadenar diabetes mellitus (DM).<sup>(1,2,3,4,5)</sup>

Al decir de autores como *Urban*,<sup>(2)</sup> la DM forma parte de las ECTN, por constituir una enfermedad sistémica caracterizada por un desorden del metabolismo. Debido al carácter hereditario de esta enfermedad y a que la misma constituye una enfermedad ligada al sexo, con frecuencia se observa alta presencia de esta en individuos de una misma familia.<sup>(1,3)</sup> Criterio que realza el valor de la educación sanitaria al individuo, familia y comunidad, como una vía para evitar las complicaciones agudas y crónicas derivadas de ese trastorno metabólico.

Entre las primeras se encuentran la cetoacidosis diabética y el coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico. Forman parte de la segunda, las de causa macrovascular (equivalente a la arteriosclerosis, que puede desencadenar enfermedad coronaria, cerebrovascular y vascular periférica); las microvasculares (incluyen la retinopatía, nefropatía y neuropatía), y finalmente el pie diabético, derivado de la neuropatía y/o de la afección vascular de origen macroangiopático.<sup>(1,3)</sup>

Las complicaciones antes referidas, además de causar hospitalización, deterioran la productividad, la sustentabilidad económica y la CV del enfermo y su familia.<sup>(4)</sup>

La CV, concebida como categoría multidimensional de carácter subjetivo ha sido abordada desde la sociología, la política y la medicina, entre otras ciencias, que reflejan el interés por modificar y mejorar las condiciones de vida del individuo, la familia y la comunidad, apegado al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), en el caso Ecuador.<sup>(4,6)</sup>

Dicho modelo,<sup>(6)</sup> sustentado en la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS), busca el mejoramiento de la CV de individuos, familias y comunidades, en articulación armónica con el Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021, política gubernamental enfocada en la mejora de la calidad y la esperanza de vida de la población ecuatoriana, al garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, sanas o enfermas.<sup>(7)</sup>

Desde esa visión de desarrollo social, se erige la necesaria búsqueda de incrementar la CV de los pacientes diabéticos, sustentada en el mejoramiento de los estilos de vida de estos.<sup>(8)</sup>

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha instrumentado acciones sanitarias a desarrollar por los países miembros de esa organización y la aplicación de instrumentos para evaluar CV;<sup>(4)</sup> criterios que se sustentan en la duplicación de la prevalencia de esa enfermedad a nivel mundial; observándose que, desde el año 2014 a la actualidad, dicho indicador ha crecido de un 4,7 % al 8,5 % en la población adulta, resultado que ubica a esa entidad entre las primeras causas de morbi-mortalidad a escala mundial.<sup>(5)</sup> Ecuador no escapa de esa realidad, según datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en su informe *Nacimientos y Defunciones*,<sup>(9)</sup> en el 2016 fallecieron 4017 personas por esa causa.

Según datos ofrecidos por *Villena*<sup>(10)</sup> en su investigación sobre la epidemiología de la DM en Perú, a nivel mundial existen 387 millones de personas con ese padecimiento, de los cuales 25 millones viven en Sudamérica y el Caribe, cifras que se incrementarían para el año 2035. Comportamiento similar se evidencia en el Ecuador, en el cual la Encuesta Nacional de

Salud y Nutrición (ENSANUT) efectuada en el 2015, citada por *Sani y Vizquete*,<sup>(11)</sup> muestra una prevalencia de pacientes diabéticos de 1,7 % a nivel nacional, en edades entre los 10 y 59 años.

Esa misma fuente<sup>(11)</sup> refiere que, en la Provincia de Chimborazo, la DM aportó para ese período un total de 86 (3,93 %) defunciones por esa causa, situación que la ubicó en el segundo lugar a nivel nacional; de los cuales en el Distrito de Salud Chambo-Riobamba se reportaron 64 decesos, cifra que representó el 4,83 % de esas muertes.

Esta enfermedad se ubica entre las primeras causas de morbilidad en el país. El objetivo de este estudio es describir las dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes adultos y adultos mayores diabéticos.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con enfoque mixto; en las 24 unidades de salud que conforman el Distrito Chambo-Riobamba, provincia Chimborazo, Ecuador; durante noviembre 2017-enero 2018.

La población estuvo conformada por 138 pacientes con diagnóstico de DM reportados por los Centros de Salud donde se desarrolló la investigación; de los cuales 37 no fueron captados por diferentes razones (direcciones incorrectas, no colaboran, cambios de domicilio, nombre o apellidos incorrectos y fallecidos).

Para la selección de la muestra, se siguió un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia y quedó constituida por 101 pacientes diabéticos con edades iguales o superiores a los 20 años, óptimo estado de salud mental y que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio, los cuales se encontraron en sus viviendas en el momento de la visita domiciliaria.

Se utilizaron métodos del nivel teórico como: histórico-lógico, teórico-práctico y lógico-abstracto. Como técnica para la recolección de datos se empleó la encuesta, a través de un cuestionario cerrado denominado Escala de calidad de vida y satisfacción en pacientes (ECVS-P), tomado de *Peñacoba* y adaptado por *Figueredo Villa*.<sup>(12)</sup>

La ECVS-P está conformada por dos partes, la primera explora características sociodemográficas y clínicas y la segunda consta de 16 preguntas, con un formato de respuesta que proporciona una escala de cuatro niveles (poco, medio, bastante y nada) para

medir las dimensiones afectadas en los pacientes. Las 11 primeras evalúan CV de los pacientes, seguidas de 4 ítems que valoran satisfacción y una pregunta final que mide nivel general de satisfacción del enfermo con su vida en el momento que se aplica el mismo.

Se tomaron en consideración los elementos éticos de la investigación científica, al respetar la autodeterminación de los sujetos a participar en el estudio y solicitar las debidas autorizaciones. La disposición de los resultados se hizo de manera tal que reflejara la no maleficencia o malevolencia del equipo de trabajo al exponer los mismos.

## Resultados

En relación con las variables sociodemográficas (Tabla 1), puede apreciarse que predominó el género femenino, las edades comprendidas de 50 a 79 años (76,20 %); los individuos practicantes de la religión católica en ambos sexos, los mestizos y los casados.

**Tabla 1-** Características sociodemográficas de los pacientes con DM del Distrito 06D01, 2018

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	72	71,31
	Masculino	29	28,69
Edad (años)	20-34	1	1
	35-49	9	8,89
	50-64	30	29,69
	65-79	47	46,51
	≥ 80	14	13,91
Religión	Católico	80	79,20
	Evangélico	17	16,84
	Cristiano	2	1,98
	Testigo de Jehová	2	1,98
Etnia	Mestiza	85	84,16
	Indígena	16	15,84
Estado civil	Soltero/a	7	6,94
	Casado/a	63	62,37
	Divorciado/a	5	4,95
	Viudo/a	21	20,79
	Unión Libre	5	4,95
Jubilado	Sí	2	1,98
	No	99	98,01

Características sociodemográficas		No.	%
Nivel de instrucción	Básica	61	60,39
	Bachillerato	11	10,89
	Tercer nivel	2	1,98
	Ninguno	27	26,73
Ocupación	Ama de Casa	54	53,46
	Agricultor	18	17,82
	Chofer	3	2,97
	Cocinera	1	0,99
	Panadero	1	0,99
	Profesor	1	0,99
	Comerciante	15	14,85
	Ninguno	8	7,92
Convivencia	Esposo/a	46	45,54
	Hijo/a	17	16,83
	Sola	12	11,88
	Esposo e hijos	14	13,86
	Nietos	2	1,98
	Hijos/as/nietos	3	2,97
	Otra persona	7	6,93

Entre las características clínicas presentes en estos pacientes (Tabla 2), se observa que el trastorno mayormente referido fue la HTA, seguido de la artritis y problemas de visión.

**Tabla 2-** Características clínicas de los pacientes con DM en estudio

Características clínicas		No	%
DM + HTA	Sí	32	31,68
	No	69	68,32
	Total	101	100
Sobrepeso + DM	Sí	5	4,96
	No	96	95,04
	Total	101	100
Consecuencias de la enfermedad	Sí	23	22,77
	No	78	77,23
	Total	101	100
¿Cuáles?	Artritis	7	6,93
	Problemas de visión	4	3,97
	Tiroides	1	0,99
	Cefalea	1	0,99
	Dolor articular	3	2,97
	Várices	1	0,99
	Problemas oftálmicos/auditivos	1	0,99
	Hipoacusia	1	0,99
	Ninguno	82	81,18
	Total	101	100
Capacidades especiales	Sí	7	6,93

	No	94	93,07
	Total	101	100,0
Consumo de...	Tabaco	2	1,98
	Alcohol	1	0,99
	Café	37	36,64
	Tabaco/alcohol	13	12,87
	Tabaco/alcohol/café	2	1,98
	Tabaco/café	2	1,98
	Ninguno	44	43,56
	Total	101	100

Los datos obtenidos al indagar sobre las dimensiones de CV afectadas en los pacientes diabéticos (Tabla 3), revelan que refirieron presentar cambios en su vida personal, los que han aparecido posterior al diagnóstico de DM. Fueron ubicados en la categoría “bastante”: las limitaciones para desarrollar actividades físicas, problemática que de conjunto con la afectación de la capacidad individual para adaptarse a esta y las limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria generan en el enfermo dificultad para el mantenimiento de su salud.

**Tabla 3-** Dimensiones de CV afectadas en los pacientes diabéticos que conformaron la muestra de estudio

Dimensiones de calidad de vida		Poco	Medio	Bastante	Nada	Total
Cambios en su persona	No.	30	18	28	25	101
	%	29,70	17,82	27,72	24,76	100
Cambios de carácter	No.	25	11	28	37	101
	%	24,76	10,89	27,72	36,63	100
Limitación física	No.	19	22	34	26	101
	%	18,81	21,79	33,66	25,74	100
Adaptación a las limitaciones	No.	18	24	39	20	101
	%	17,82	23,76	38,61	19,81	100
Independiente al cuidado personal	No.	3	7	34	57	101
	%	2,97	6,93	33,66	56,44	100
Produce limitaciones en sus actividades	No.	21	24	28	28	101
	%	20,80	23,76	27,72	27,72	100
Afecta su descanso	No.	25	17	9	50	101
	%	24,76	16,83	8,91	49,50	100
Problemas económicos	No.	20	15	33	33	101
	%	19,81	14,85	32,67	32,67	100
Limitación a relacionarse con las demás personas	No.	12	4	5	80	101

	%	11,88	3,97	4,95	79,20	100
Ha limitado su trabajo	No.	20	19	18	44	101
	%	19,81	18,81	17,82	43,56	100
Ha afectado a su familia	No.	17	18	11	55	101
	%	16,82	17,82	10,89	54,47	100

La sistematización de los datos referentes a la satisfacción percibida por los individuos encuestados en relación con la atención de salud recibida, puede observarse que de forma mayoritaria refirieron estar satisfechos (Tabla 4).

**Tabla 4-** Cualificación de la satisfacción percibida por los pacientes en relación con la atención de salud, 2018

Variables exploradas		Cualificación de la satisfacción percibida				Total
		Poco	Medio	Bastante	Nada	
El Centro de Salud le ha proporcionado recursos para su cuidado	No.	11	21	57	12	101
	%	10,89	20,79	56,44	11,88	100
Está satisfecho con los recursos que le proporciona el Centro de Salud para su cuidado	No.	11	17	61	12	101
	%	10,89	16,83	60,40	11,88	100
Se siente satisfecho con la atención brindada por el personal de salud	No.	10	17	71	3	101
	%	9,90	16,83	70,30	2,97	100
Está satisfecho con el trato que recibe del personal	No.	10	17	71	3	101
	%	9,90	16,83	70,30	2,97	100

Al explorar la dimensión de satisfacción con la vida en el momento de aplicar el instrumento para determinar el comportamiento (Tabla 5), se aprecia que de forma general los pacientes respondieron afirmativamente.

**Tabla 5-** Nivel global de satisfacción de los pacientes en relación con su vida

CATEGORÍA		Frecuencia	
		No.	%
Valore su nivel general de satisfacción con su vida en este momento	Insatisfecho	4	3,97
	Poco satisfecho	26	25,74
	Satisfecho	71	70,29
	Total	101	100

## Discusión

Al analizar la correspondencia entre los indicadores: ocupación, nivel de instrucción y convivencia con el desarrollo de esa enfermedad, resulta señalar que prevalecieron aquellas personas dedicadas a labores domésticas, con nivel de instrucción básica y los que conviven con su pareja; constructos de la caracterización sociodemográfica presentes en el contexto de investigación que pudieran condicionar el elevado número de pacientes con diagnóstico de DM, puesto que, según criterio de los autores, pueden predisponer a la aparición de la enfermedad y consigo el establecimiento de complicaciones.

Al respecto, autores como *Espinosa y Romero*<sup>(13)</sup> observaron mayor porcentaje en femeninas del grupo de 65 años y más; resultados que coinciden con nuestra investigación, al considerar la edad como factor directamente proporcional al desarrollo de la DM en la tercera edad.

En relación al grado de instrucción, *Guerrero y otros*<sup>(14)</sup> encontraron un bajo nivel de escolaridad en un elevado número de pacientes diabéticos; resultado que se corresponde con los hallados en este trabajo. Al respecto, consideramos que los conocimientos adquiridos por la persona influyen en el curso que sigue el proceso en el que se instruye; en el caso particular del análisis que se realiza, se refiere al aprendizaje adquirido por un individuo afectado por DM para aprender a vivir con su enfermedad y así mejorar su CV.

Al analizar el vínculo entre el estado civil y la variable clínica consecuencias de la enfermedad, se observó un comportamiento favorecedor de la primera sobre la segunda, situación originada al prevalecer la condición de casados/as; particularidad que contribuye al desarrollo de conductas generadoras de salud entre las personas que conforman esa relación, estableciéndose consigo lazos afectivos que benefician el cuidado al individuo enfermo. Sobre ese particular, *Carrera y González*<sup>(15)</sup> reportaron resultados semejantes en una investigación realizada en el mismo contexto de estudio donde se efectuó la nuestra.

En contraste con el análisis anterior coincidimos con *Chisaguano y Ushiña*,<sup>(16)</sup> quienes que plantean la ocupación ama de casa no resulta un elemento que modifica el curso de la enfermedad.

Una mirada salubrista a la concepción cultural asignada socialmente a la autovaloración étnica; categoría que agrupa a los integrantes de una comunidad, los que al compartir similares prácticas culturales y comportamientos sociales se sienten identificados entre sí; la misma adquiere valor al indagar sobre el vínculo existente entre la etnia y el control de la

enfermedad, observándose que aunque en este estudio preponderó la raza mestiza, esa condición no se comporta como un factor de riesgo que altere el curso de la diabetes y que por tanto deteriore la salud física del enfermo. Al respecto, la evidencia científica demuestra que la raza negra cuadruplica los riesgos de complicaciones en individuos diabéticos e hipertensos.<sup>(17)</sup>

Al explorar las características clínicas presentes en los pacientes diabéticos incluidos en la muestra, puede observarse que dichos resultados engrosan el caudal de coincidencias que sobre comorbilidad asociada a la DM han reportado otros autores.<sup>(12,18)</sup>

El trastorno mayormente referido por los encuestados fue la HTA, seguido de la artritis y problemas de visión. Estas consecuencias derivadas del inadecuado control de la DM incrementan el riesgo de aparición de complicaciones, lo que además de poner en peligro la vida del paciente, afecta la CV de este. La existencia de morbilidades asociadas a la enfermedad primaria, provoca que la interacción en el organismo enfermo desencadene el deterioro de la salud física del individuo; posicionamiento que ratifica la necesidad de desarrollar acciones sanitarias que contribuyan a la prevención de dicha problemática.<sup>(18)</sup>

Una mirada analítica a la influencia de las variables antes dichas en la tabla 3 con otros indicadores igualmente considerados por los encuestados como afectados, entre las que se encuentran el descanso y los problemas económicos; sugiere que la presencia de uno de estos elementos condiciona la aparición de otros, los que al asociarse pueden potencializarse.

De igual manera, los pacientes encuestados reportaron que la enfermedad ha causado cambios en su apariencia física, criterio considerado por la presencia de piel seca; signo que fisiopatológicamente se asocia a la alteración que se produce en la sudoración y secreción de los lípidos, lo que provoca disminución del manto ácido y modificación del pH cutáneo. El manejo tardío de la sintomatología antes referida, además de afectar la CV del enfermo, puede provocar que el proceso de adaptación de este a su enfermedad sea fallido o requiera de mayores intervenciones dirigidas a satisfacer sus necesidades, lo que puede generar mayor gasto económico a nivel individual e institucional.<sup>(18,19)</sup>

Otra sintomatología enmarcada en la variable cambios en su apariencia física que igualmente provoca afectación de la CV en este tipo de pacientes, es la presencia de várices en miembros inferiores; la cual puede aparecer secundaria a los trastornos vasculares que con frecuencia se asocian a esta enfermedad.<sup>(18,19)</sup>

Los cambios en el carácter fueron reportados por los encuestados como una dimensión afectada por la enfermedad. Este problema es causado principalmente por la dificultad que supone ser diagnosticado con esa condición de salud, lo que no significa que el enfermo desarrolle o tenga una bipolaridad.<sup>(18,19)</sup>

Al sistematizar los datos referentes a la satisfacción percibida en relación con la atención de salud recibida, puede observarse que a pesar de que de forma mayoritaria la muestra refirió estar satisfechos; los investigadores, apegados al instrumento asumido,<sup>(12)</sup> cualificaron dicha satisfacción.

Esta información permite hacer un análisis sanitario que induce a pensar que la elevada incidencia de pacientes con diagnóstico de DM en el contexto de estudio no guarda relación con las variables exploradas, las que desde una mirada salubrista se comportan como determinantes sociales, traducido dicho análisis como un criterio a favor de la implementación del MAIS-FCI.<sup>(6,20)</sup>

Al explorar la dimensión de satisfacción con la vida en el momento de la aplicación del instrumento para determinar el comportamiento de dicha variable en la muestra de estudio, se aprecia que de forma general los pacientes respondieron afirmativamente, lo que concuerda con el resultado discutido en la representación tabular anterior. Resultados similares fueron citados por *Franco*,<sup>(21)</sup> que evaluó la satisfacción del paciente diabético tipo II adscrito a un programa de salud para el control de esa enfermedad.

La DM constituye un problema de salud que afecta a personas adultas, quienes requieren de cuidados por parte del equipo de salud, en el cual el profesional de enfermería desempeña un rol significativo con el objetivo de mantener compensada esa afección, evitar complicaciones y mejorar la CV del individuo.

En conclusión, en relación a las características sociodemográficas y clínicas exploradas predominó en la primera el sexo femenino comprendido en las edades de 50-79 años, religión católica, mestizos y estado civil casados. Así como el nivel de instrucción básica, ocupación amas de casa y conviven con su pareja. En cuanto a la segunda, los trastornos referidos con mayor porcentaje fueron: HTA, artritis y problemas de la visión.

Los cambios en su vida personal, la capacidad individual para adaptarse a la enfermedad, las limitaciones para el desarrollo de las actividades diarias, el descanso y los problemas económicos, se encuentran entre las dimensiones de CV más afectadas, las que generan en el enfermo dificultades para el mantenimiento de su salud.

## Referencias bibliográficas

1. Ramos W, Venegas D, Honorio H, Pesantes J, Arrasco J, Yagui M. Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. *Revista Perú Epidemiología*. 2014;18(1):01-8.
2. Urbán-Reyes BR, Coghlan-López JJ, Castañeda-Sánchez O. Estilo de vida y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención. *Atención Fam*. No longer published by Elsevier; 2015 [acceso: 16/02/2018];22(3):68-71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300542>
3. Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, *et al*. Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Semer - Med Fam*. 2015 [acceso: 16/02/2018];41(5):266-78. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359314004791>
4. Cardona Arias J, Higueta Gutiérrez L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública; 2014 [acceso: 16/02/2018];40(2):175-89. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662014000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000200003)
5. Mora Morales E. Estado actual de la diabetes mellitus en el mundo. *Acta médica costarricense*. 2014 [acceso: 16/02/2018];56(2):44-6. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022014000200001](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022014000200001)
6. Naranjo J, Delgado A, Rodríguez R. Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador. *Revista cubana de medicina general integral*. 2014 [acceso: 16/02/2018];30(3):375-81. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011)
7. República del Ecuador Consejo Nacional de Planificación (CNP). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. 2017 [acceso: 16/02/2018]. Disponible en: [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_OK.compressed1.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_OK.compressed1.pdf)
8. Álvarez T, Bermero M. Estilo de vida en pacientes diabéticos que acuden a la consulta en la fundación DONUM, Cuenca, 2015. Tesis de Pregrado. Universidad de Cuenca. Ecuador. Cuenca; 2016 [acceso: 18/02/2018]; Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24216/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%20%93N.pdf>

9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Nacimientos y Defunciones. Quito. Ecuador. INEC: 2016 [acceso: 16/02/2018]. Disponible en:

[http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/)

10. Villena J. Epidemiología de la diabetes mellitus en Perú. DIAGNOSTICO. 2016;55(4):173-81. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/wp-content/uploads/2017/06/Art%20ADculo-Epidemiolog%20ADa-de-la-Diabetes-en-el-Per%20BA.pdf>

11. Sani FN, Vizúete A. Propuesta de acciones de enfermería para un cuidado paliativo al paciente diabético Lican, Riobamba, 2017. Proyecto Investigación. Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador. 2017 [acceso: 17/02/2018]; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4169/1/UNACH-FCS-ENF-2017-0008.pdf>

12. Figueredo Villa K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado [tesis]. Universidad de ciencias Médicas de La Habana. 2013 [acceso: 17/02/2018]. Disponible en: [http://tesis.repo.sld.cu/741/1/Informe\\_Final\\_Katiuska\\_Figueredo\\_Villa.pdf](http://tesis.repo.sld.cu/741/1/Informe_Final_Katiuska_Figueredo_Villa.pdf)

13. Espinosa C, Romero F. Calidad de vida EQ-5D-3L de acuerdo a factores demográficos y clínicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del centro de salud de Chimacalle en el mes de junio-julio del 2016 en el mes de junio-julio del 2016 [tesis]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de medicina. 2016 [acceso: 18/02/2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13901/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Guerrero A, Liankys R, Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. Rev Cubana Salud Pública. 2016 [acceso: 18/02/2018];42(2):16-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662016000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200003)

15. Carrera MC, González A. Calidad de vida en el paciente adulto y adulto mayor con diabetes mellitus e hipertensión arterial Punin-Bellavista 2017 [tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo. 2017 [acceso: 17/02/2018]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4189/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0011.pdf>

16. Chisaguano E, Ushiña R. Estilos de vida en los pacientes con Diabetes Tipo II que asisten al club de diabéticos del Centro de Salud No 1 de la ciudad de Latacunga de julio-

- agosto del 2015. Tesis de grado. Universidad Central del Ecuador. 2015 [acceso: 18/02/2018]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5312/1/T-UCE-0006-040.pdf>
17. Proaño M. Estudio comparado de estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial: caso centro de salud de Ingahurco área n°1. Proyecto de Investigación. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Sede Ambato. 2017 [acceso: 18/02/2018]. Disponible en: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1943/6/76430.pdf>
18. Cubi L, Paca J. Cuidados paliativos de enfermería durante el proceso de adaptación del paciente diabético. Riobamba, 2017. Tesis. Universidad Nacional de Chimborazo. 2017 [acceso: 18/02/2018]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4158/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0006.pdf>
19. Barcias AJ. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Revista Médica Endocrino Colombia. 2015 [acceso: 18/02/2018];10(Suppl):18-21. Disponible en: [https://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2015/10/Fisiopatologia\\_de\\_la\\_Diabetes\\_Mellitus\\_Tipo\\_2\\_J\\_Castillo.pdf](https://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2015/10/Fisiopatologia_de_la_Diabetes_Mellitus_Tipo_2_J_Castillo.pdf)
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). 2014 [acceso: 18/02/2018]. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
21. Franco Calderón M S. Evaluación de la satisfacción del paciente diabético tipo II adscrito en el programa de la UMF 1 Delegación aguas calientes. Tesis para obtener el grado de especialista en medicina familiar 2015. Universidad Autónoma de Aguascalientes. [acceso: 18/02/2018]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/322/398519.pdf?sequence=1>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

### Contribuciones de los autores

*Katiuska Figueredo Villa:* participó en la concreción del trabajo investigativo, derivado de un proyecto de investigación dedicado al estudio de cuidados paliativos, el cual dirige; además, en la conducción de la introducción, diseño metodológico, discusión y conclusiones.

*Carlos Gafas González:* participó en la concepción de la investigación, elaboración de la introducción, análisis e interpretación de los datos y en la redacción del informe final.

*Mireya Pérez Rodríguez:* realizó el análisis de los datos.

*Edgar Brossard Peña:* realizó la búsqueda bibliográfica para la discusión de los resultados y la organización de las referencias y cotejó las citas bibliográficas.

*Cecilia Alejandra García Ríos:* participó la interpretación de los datos y su vínculo al contexto ecuatoriano.

*Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua:* participó en la aplicación del instrumento en el contexto de estudio.

Todos los autores aprobaron la versión final del artículo.