



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

“Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus 2 del hospital II – 2 Tarapoto – 2014”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA:**

Brenda Roxana Boza Torres

**ASESOR:**

Dr. Fernando Ruiz Saavedra

**LINEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicología clínica y de la salud

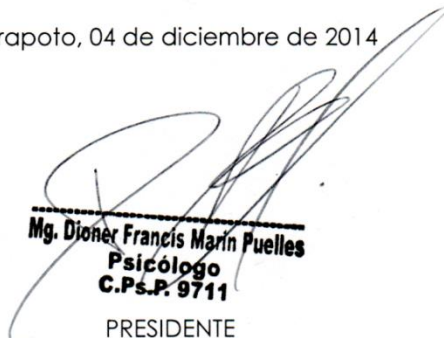
**TARAPOTO - PERÚ**

**2019**

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por doña **BOZA TORRES BRENDA ROXANA** cuyo título es: **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 DEL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO - 2014"**;


Reunido en la fecha 04 de diciembre de 2014, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por la estudiante, otorgándole el calificativo de: ONCE (11).

Tarapoto, 04 de diciembre de 2014



Mg. Dione Francis Marin Puelles  
Psicólogo  
C.Ps.P. 9711

PRESIDENTE



Dr. Fernando Ruiz Saavedra  
Docente Adscrito al DAICA  
UNSM

SECRETARIO



U.C. Unidad de Investigación  
PSICOLOGÍA  
C.P.P. 17179

VOCAL



Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

## **Dedicatoria**

Para empezar un gran proyecto, hace falta valentía. Para terminar un gran proyecto, hace falta perseverancia. Por ustedes que creyeron que tenía muchas cosas que dar de mi para los demás: Dios, mamá Eldercita, papá Abraham, tíos Evaristo, Hortensia y Nora, hermano Leito.

## **Agradecimiento**

Porque desde el principio de toda esta aventura creyó que podía ser alguien mejor, y que, con su gran amor, consejos, desveladas juntas, por ser una estudiante de convicción, ya que aprendimos en este largo caminar juntas: mi agradecimiento a TI MAMI

Tu responsabilidad: PAPÁ

Tu entrega incondicional: Hermano Leito. Por el Gran Amor que profesan con acciones: Tío Evaristo y Hortensia, Nora Boza (Ya que sin ustedes este sueño no habría sido real para mi).

A mis compañeros que en este largo sobrevivir se convirtieron en mis grandes amigos, esas desveladas inolvidables que pasamos conversando de cualquier cosa menos del trabajo, que nuestros pobres bolcillos no nos daban ni la hora, por reír a carcajadas y llorar sin consuelo, porque por sobre todo aprendí, a pesar de nuestras diferencias a ser una mejor persona: Iván y Claudia.

A todos mis Profesores que durante estos cinco y medio años en la Universidad me han impartido una formación académica y valores excelentes.

A ti PADRE mío, que permitiste en mi vida que pueda conocerte y amarte a través de cada una de estas personas: DIOS

### **Declaratoria de autenticidad**

Yo, **Brenda Roxana Boza Torres**, identificado con DNI N° 47347490, estudiante del programa de **Psicología** de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus 2 del hospital II – 2 Tarapoto – 2014”;

#### **Declaro bajo juramento que:**

La tesis es de autoría


He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

La tesis no ha sido auto plagiada, es decir, no ha sido publicado ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

Los datos presentados en los resultados son reales, no ha sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar autores), autoplagio (presentar como nuevo aún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (presentar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Tarapoto, 16 de noviembre de 2014

  
.....  
**Brenda Roxana Boza Torres**  
DNI: 47347490

## **Presentación**

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus 2 del hospital II – 2 Tarapoto – 2014”, con la finalidad de establecer la asociación entre estas dos variables, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología. El primer capítulo Introducción hace referencia a trabajos anteriormente realizados con las variables que pretendo asociar como también la fundamentación científica, técnica y humanística en la cual mi tesis se soporta; teniendo como marco referencial a autores que han trabajado en la línea de investigación de mis variables. Justificando teórica, práctica y metodológicamente; partiendo de ello plantear el problema de investigación con las hipótesis y objetivos respectivamente. El segundo Capítulo Metodología consta de la operacionalización de cada variable teniendo en cuenta la metodología, los tipos de estudio, el diseño, la población y la muestra; como también la técnica y los instrumentos de recolección de datos a emplear; así como también el método de análisis y los aspectos éticos del presente trabajo. El tercer Capítulo Resultados son los datos recogidos de la muestra que son procesados y presentados en cuadros y gráficos estadísticos con sus respectivas descripciones permitiendo de esta manera ver si la no asociación de mis variables. El cuarto Capítulo Discusión es la contratación de las hipótesis con los resultados obtenidos haciendo referencia también a otras investigaciones que utilizaron las variables en este estudio. El quinto Capítulo presenta las Conclusiones de la tesis y sus aportaciones para futuras investigaciones en la misma línea temática propuesta por la tesis. El sexto Capítulo presenta las Recomendaciones para la población de pacientes diabéticos del hospital II-2 Tarapoto. El séptimo Capítulo Referencias bibliográficas son los diferentes tipos de publicaciones utilizadas

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

## Índice

Página del jurado .....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento .....	iv
Declaratoria de autenticidad .....	v
Presentación.....	vi
Índice .....	vii
Resumen .....	xi
Abstract.....	xii
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>13</b>
1.1. Realidad problemática.....	13
1.2. Trabajos previos.....	14
1.3. Teorías relacionadas al tema .....	17
1.5. Justificación del estudio.....	38
1.6. Hipótesis.....	39
1.7. Objetivos .....	39
<b>II. MÉTODO.....</b>	<b>40</b>
2.1. Diseño de investigación .....	40
2.2. Variables, operacionalización .....	40
2.3. Población y muestra.....	45
2.4. Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	45
2.5. Métodos de análisis de datos.....	46
2.6. Aspectos éticos.....	46

<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
<b>IV. DISCUSIÓN .....</b>	<b>57</b>
<b>V. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>57</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>61</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>64</b>

## **ANEXOS**

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de datos

Validación de instrumentos

Constancia de autorización donde se ejecutó la investigación.

Acta de aprobación de originalidad de la tesis

Pantallazo de turnitin

Autorización de publicación de tesis al repositorio

Autorización de la versión final del trabajo de investigación



## Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de frecuencias y porcentaje de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014 .....	47
Tabla 2 Distribución de frecuencias de Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014. ....	48
Tabla 3 Tabla de contingencia de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014. ....	50
Tabla 4 Tabla de contingencia con puntajes esperados de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014. ....	51
Tabla 5 Distribución de frecuencias de Percepción de Bienestar general en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014. ....	55

## Índice de figuras

Figura 1. Distribución de frecuencias y porcentajes de estrategias de afrontamiento de los pacientes con diabetes Mellitus 2 del Hospital II - 2, Tarapoto 2014.....	47
Figura 2. Distribución de frecuencias y porcentaje de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II - 2, Tarapoto 2014.....	49
Figura 3. Distribución de frecuencias de Percepción de Bienestar general en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014. ....	56

## Resumen

El objetivo de esta investigación es establecer la asociación entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II-2, Tarapoto-2014, se utiliza el diseño descriptivo correlacional con el coeficiente de contraste  $X^2$  ( $\chi^2$  – cuadrado). En los objetivos específicos se describir cada una de las variables y características, entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida. Se utiliza un muestreo de tipo no probabilístico de característica de la población muestral; estuvo conformada por 46 pacientes. Se utilizó dos instrumentos de origen psicológico para medir las estrategias de afrontamiento y calidad de vida, enfocándose en la teoría propuesta en Vázquez, Crespo y Ring, 2013 y Pérez y Zurita, 2013 ambas escalas de medición tipo likert y validadas por psicólogos con amplia experiencia en ambas temáticas. En los resultados encontramos que Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida no están asociadas, debido a que el  $X^2_c$  es menor al  $X^2_t$ . En la variable estrategias de afrontamiento, encontramos que los pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II-2 Tarapoto 2014, el 17% presenta estrategias de Resolución de problemas y Apoyo social, Restructuración cognitiva 15%, Expresión Emocional 13%, pensamiento desiderativo 9%, Autocrítica 7% y Retirada Social 1%. Mientras que en la variable Calidad de Vida, se obtuvo que el 26% los pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II-2 Tarapoto 2014 presentan preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes, el 24% satisfacción con el tratamiento, el 17% impacto del tratamiento y bienestar general, mientras que un 15% presenta preocupación por aspectos sociales y vocacionales. Los resultados obtenidos niegan la asociación entre Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II-2, Tarapoto-2014.

**Palabras claves:** Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida.

## Abstract

The objective of this research is to establish the association between Coping Strategies and Quality of Life in Patients with Diabetes Mellitus 2 Hospital II-2 Tarapoto, used for this descriptive correlational design with contrast ratio  $\chi^2$  (chi - square). In the case of the specific objectives sought to describe each of the variables and their characteristics, Coping Strategies and Quality of Life. Sampling is established using a non-probabilistic sampling characteristic sample population, this consisted of 46 students. Two instruments of psychological origin were used to measure coping strategies and quality of life created by the researchers, focusing on the theory of Vázquez, Crespo and Ring and Pérez and Zurita 2013, 2013, measuring both Likert -type scales and validated by psychologists with extensive experience in both thematic types. The results found that Coping Strategies and Quality of Life are not associated, because the  $\chi^2_c$  is less than  $\chi^2_t$ . In the variable coping strategies, we found that patients with Diabetes Mellitus 2 Hospital II-2 Tarapoto 2014, 17% presented Troubleshooting strategies and social support, cognitive restructuring 15 %, expression Emotional 13%, 9% wishful thinking, Self-criticism and Social Withdrawal 7% 1%. While in the variable quality of life, it was found that 26% of patients with Diabetes Mellitus 2 Hospital II-2 Tarapoto 2014 show concern dec future effects of diabetes, 24% satisfacción treatment, 17% impact of treatment and general well-being, while 15 % have concerns about social and vocational aspects.

The results deny the association between Coping Strategies and Quality of Life in Patients with Diabetes Mellitus 2 Hospital II-2, Tarapoto -2014.

**Keywords:** Coping Strategies and Quality of Life.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Realidad problemática**

Es considerada la Diabetes Mellitus II como un padecimiento crónico en Perú y con los años como un mal endémico; es mucha población, entre los 30 a 59 años que ya ha sido diagnosticada con esta enfermedad (MINSA, 2014, p.8)

Y contando con los datos del Ministerio de Salud en la contabilidad encontraron aproximadamente 114 000 nuevos casos, los cuales el 50% pertenecía a personas de entre 30 a 59 años. (Sausa, 2014, párr.1)

“La Asociación de Diabetes del Perú advirtió en estos diez años los adolescentes afectados por la diabetes tipo II fueron en ascenso en nuestro país en más de un 50%, y en un 45% en zonas de la selva.” (Sausa, 2014, párr.1) Así mismo,

Perudiabetes hizo un estudio nacional llevado a cabo por la droguería Sanofi sobre la prevalencia de la diabetes, llegando a la conclusión, que un millón de individuos con edades superiores a los 25 años tiene diabetes en el Perú. Lo cual nos da una cifra que de cien peruanos siete tiene la enfermedad. También la investigación señaló que dos millones de sujetos presentan los síntomas de una prediabetes, pero lo desconocen. (Sausa, 2014, párr.1)

Las personas que son sometidas a amputaciones de piernas o pies son aproximadamente el 70% y los que no recibieron atención a tiempo para el tratamiento son aproximadamente el 50% de pacientes que reciben diálisis en el Hospital Dos de Mayo con esta enfermedad (Sausa, 2014, párr.1)

En el departamento de San Martín según los casos nuevos detectados de diabetes en este año son de 4494, siendo una cifra creciente

La responsable de toda la nación de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud, Marianela López Vilela informó: "La enfermedad, en un estado avanzado, también ocasiona infarto agudo al miocardio, ceguera e insuficiencia renal", así mismo destacó que la detección de casos en fase temprana es importante para evitar complicaciones, y las capacitaciones son importantes al personal. (Sausa, 2014, párr.1)

Las derivaciones que la diabetes tiene en la salud tanto física como emocional dejan al paciente con una sensación de desconcierto al inicio del diagnóstico porque ven

los cambios en sus rutinas alimentarias como en su estado anímico, la preparación mental sobre como sobrellevar la enfermedad es lamentable ya que no conocen estrategias de afrontamiento que les permita mitigar el impacto en sus vidas y presenten un tipo de calidad de vida que esté afligiendo su salud. Y con base en lo que se ha planteado con anterioridad la propuesta es examinar en la investigación la propuesta que mejor planteamiento propone para que los pacientes del Hospital II-2 Tarapoto con esta enfermedad aprendan a utilizar en sus diferentes rutinas siendo estas nuevas formas que le permitan sobrellevar esta enfermedad y tomando en cuenta la calidad de vida que cada paciente tiene, el estudio se realizó a 46 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus II.

## **1.2. Trabajos previos**

Las estrategias de afrontamiento en personas diabéticas han tenido una serie de estudios a poblaciones diversas y estas son:

### **Internacional**

Rodríguez, A. (2012) en su investigación titulada “*Estrategias de afrontamiento de pacientes que padecen patologías crónicas*”. (Tesis de pregrado). Universidad Abierta Interamericana. Argentina. El cual llegó a la conclusión que existe relación de la correspondencia de cara a la vida con las estrategias de afrontamiento, ya que han logrado expresar sus emociones, y gracias al apoyo de sus seres queridos, lograron implementar estrategias que les ayuda a modificar, y hasta en algunos casos, eliminar el estrés.

Núñez, D. (2012) en su investigación titulada “*Las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en los pacientes atendidos en la Clínica de diabetes del Hospital Enrique Garcés*” (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador. Ecuador. En la cual se llegó a la conclusión que los pacientes analizados utilizaron con mayor incidencia son estrategias concernientes a las emociones, y éstas se encuentran vinculadas con niveles altos de ansiedad, llegando a la conclusión que

existe correspondencia en los agudos niveles de ansiedad y en las estrategias orientadas a las emociones.

Almeida, G. y Rivas, V. (2008) en su investigación titulada “*Estrategias de afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2*” (Tesis de posgrado). Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México. La muestra fue de 50 personas teniendo como conclusión que el aislamiento social, el pensamiento negativo y la autocrítica, son formas inadecuadas para que un paciente afronte su enfermedad teniendo un 48% en este grupo, pues dichos factores no hacen posible que logren controlar su enfermedad, por lo que se recomienda utilizar estrategias como expresión emocional, apoyo social, resolución de problemas, teniendo en este grupo al 52%.

Lee, S. et al. (2008) en su artículo de investigación titulado “*Estrés, afrontamiento y depresión en pacientes con dispepsia no ulcerosa*” (Artículo de pregrado). Journal of Psychosomatic Research. Estados Unidos. El estudio consistió en 30 personas con diabetes mellitus 2 y teniendo una población control de 30 personas sin la enfermedad. Los cuales llegaron a la conclusión que los pacientes que tuvieron mayores eventos de estrés, ansiedad y síntomas de depresión son los que posteriormente afrontaron problemas gastrointestinales, ya que, debido a todos esos factores, éstos presentaron resultados negativos en su organismo tras varios diagnósticos, pues no se correlacionaron con el apoyo interpersonal brindado. Contando que el porcentaje de la muestra recurre con mayor asiduo a habilidades de afrontamiento de evitación, focalizado en presteza de problemas y reevaluación positiva.

Robles, R. et. al (2008) en su investigación titulada “*Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL.*” (Tesis de pregrado) Universidad Autónoma de México. México. Teniendo como conclusión que las personas con este padecimiento crónico tipo II presentaron que situaciones de depresión y estrés, debido a que estos se mantuvieron sujetos a tratamientos los cuales afectaron a su estado emocional a consecuencia de las complicaciones.

## **Nacional**

Rodríguez, Y. (2013) en su tesis “*Estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes Mellitus tipo 2. Centro médico Ponce, Chimbote, 2014*” (Tesis de posgrado). Universidad Nacional de Santa, Nuevo Chimbote. Llegó a concluir que las personas con Diabetes Mellitus tipo II, presentan una habitual cualidad de vida se encontraron con el 92% del total de encuestados, un estilo de vida bueno el 8% del total, sin embargo, presentan de manera regular estrategias de afrontamiento el 53%; esto nos da como resultado que no existe una reciprocidad demostrativa entre cualidad de vida y habilidades de contrarresto del individuo.

Molina, Y. (2008) en su investigación titulada “*Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero – febrero 2008*”. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Llegando a la conclusión que se encontró relación directa entre la calidad de vida y la adhesión al procedimiento de las personas tratadas con esta enfermedad, pues la mayoría de los pacientes manifestaron que su calidad de vida cambió a causa de su padecimiento. Y un 91% estaba satisfecho con el tratamiento del programa y un 76% estaba por momentos interesado de los acontecimientos posteriores a largo plazo del padecimiento.

## **Local**

Haya, K. y Paima, K. (2012) en su investigación titulada “*Calidad de vida en pacientes con diabetes Mellitus tipo II – Programa Diabetes Mellitus Hospital EsSalud II- Tarapoto. Junio – agosto 2012*” (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto. Perú. Las cuales llegaron a la conclusión que se ha presentado problemas emocionales en los pacientes, debido a que éstos han dejado de realizar actividades en sus hogares o centros de trabajo a causa de la enfermedad, lo cual les ha genera incomodidad, pues manifestaron que encuentran preocupados por los efectos que podría tener su enfermedad en un futuro. Sus resultados en porcentajes fueron que 66% exterioriza elevada calidad de vida y 34% una habitual.



### **1.3. Teorías relacionadas al tema**

#### **1.3.1. La diabetes**

“Las complicaciones de la metabolización de carbohidratos, lardo y proteínas se deben a la escasa secreción de insulina o a la resistencia de la misma, por estas razones se considera a la diabetes como enfermedad crónica”. (Taylor, 2007, p.368)

Y la metabolización, sostiene Taylor consiste en:

Que [...] las células del cuerpo necesitan energía para funcionar y la fuente primaria de energía es la glucosa, un azúcar simple que se obtiene de la digestión de alimentos que contienen carbohidratos. La glucosa circula en la sangre como fuente potencial de energía para las células que lo necesitan.

La insulina es una hormona, las engendra las células beta en el páncreas, estas se ubican en la parte externa de las células las cuales hacen su labor como receptores y esa es la manera que logran funcionar, ellas son el combustible que le permite a la célula funcionar. La baja producción o la resistencia a la insulina (es decir, la glucosa ya no puede ser usada ni absorbida por las células), cuando esto sucede la glucosa no es absorbida por la célula quedándose en la sangre, produciéndose la hiperglicemia. Lo que hace el cuerpo es tratar de eliminar la cantidad sobrante de glucosa, pero las células no absorben la glucosa porque no la necesitan y envían señales al hipotálamo de que requieren más alimento” (2007, p.369).

#### **Tipos de Diabetes.**

Taylor hace referencia a que “están presentes dos tipos primordiales de diabetes, insulino dependientes (o tipo I) y no insulino dependientes (o tipo II). Estos dos tipos son diferentes en su origen, patología, distintos en su genética de desarrollo, tiempo de aparición y tratamiento” (2007, p.368)

## **Diabetes tipo I.**

Origen:

“Caracterizada por la aparición abrupta de los síntomas debido a la falta de producción de insulina por las células beta del páncreas. [...]Esta perturbación consigue corresponder a una infección virológica o a una resistencia autoinmune y posiblemente posee del mismo modo un componente genético” (2007, p.369).

Patología: [...] nuestro sistema inmune señala como enemigo a las células del páncreas y estas se vuelven usurpadoras provocando destrucción a su paso, esto pone en riesgo de prescindir su capacidad para generar insulina. (Taylor, 2007, p.369).

Papel de la genética en su desarrollo:

[...] Es sensible a las elevaciones de azúcar. Cuando se manifiesta, la piel se muestra irritada y seca, y el individuo se siente somnoliento, respira profundamente y con dificultad. Puede haber vómito y la lengua está seca; la sensación de hambre es rara, pero la sed es común. Puede haber dolor abdominal y en la orina se detecta una gran cantidad de glucosa. La hiperglicemia pretende injerencia médica por lo cual tiende a manifestar unos estados de coma y es necesario el hospitalizar inmediatamente. (2007, p.369)

Edad de aparición: [...] se manifiestan por lo regular cuando la persona a un es un niño o púber, primariamente en las niñas que los niños, entre los 5 y 6 años o tardíamente entre los 10 y 13” (American Diabetes Association, 2011, p.12)

Tratamiento: “Primordialmente se asiste a través de la inyección inmediata de insulina, es así como adquiere el nombre de diabetes insulino dependiente” (American Diabetes Association, 2011, p.12)

## **Diabetes tipo II.**

Origen:

Los elementos que desencadenan esta enfermedad crónica de tipo II [...] es que “entre la producción de insulina y

respuesta ante la insulina hay una fina armonía que subyace en el metabolito de la glucosa. [...] cuando se desgarran pierde este equilibrio, estableciéndose escenarios para la diabetes tipo II. (2007, p.369)

#### Patología:

La enfermedad se presenta [...] inicialmente en músculos, se localizan en las grasas y el hígado perdiendo la voluntad de dar respuesta a la insulina, y se conoce como una perturbación de agudamiento a la insulina, siendo un comunicado de resistir. Llegado a este punto, la producción de insulina de las células cesa todo tipo de actividad productiva haciendo que disminuya su producción y que el balance de efecto de la insulina se fracture, así tenemos como respuesta a la diabetes tipo II (Alper, 2011, p.37)

Papel de la genética en su desarrollo: “el sobrepeso de las personas con esta enfermedad alcanza un 90% y presentándose con más frecuencia en mujeres y en los individuos de estatus socioeconómico bajo” (American Diabetes Association, 2011, p.18).

Este padecimiento es un rasgo del envejecimiento [...] pero con el tiempo la diabetes tipo II está aumentando debido al incremento de la prevalencia de un estilo de vida sedentario y a la obesidad, ambos tienen la prevalencia de riesgo para que este trastorno cobre vida. (2007, p.370)

#### Edad de aparición:

[...] es un trastorno típico de la edad madura o de la vejez, que ataca principalmente a personas mayores de 40 años. Con la generalización de la obesidad la prevalencia de la diabetes tipo II, para la cual la obesidad es la principal contribuyente, ha aumentado, especialmente edades tempranas. Muchos niños y adolescentes son ahora diabéticos tipo II. Este tipo de diabetes ha aumentado a una velocidad sorprendente. (2007, p.369)

**Tratamiento:**

Según Feinglos y Surwit (como se citó en Power, Kupper & Adriaanse, 2010, párr. 3). La intervención dietética en pacientes diabéticos comprende la reducción de la ingestión de azúcar y carbohidratos. La obesidad parece gravar al sistema insulínico, por lo que se aconseja a los pacientes lograr un peso normal. El ejercicio es muy aconsejable porque ayuda a que se consuma la glucosa en las plaquetas y ayuda a la disminución del peso corporal.

### **1.3.2. Estrategias de afrontamiento**

Saber que este mal crónico es “Un padecimiento crónico siendo valorado como amenazante o retardora y genera esfuerzos iniciales para afrontarla” (Taylor, 2007, p. 294)

**Definición:**

Lazarus y Folkman fueron los pioneros en la investigación del afrontamiento en enfermedades crónicas, sus investigaciones y evaluaciones son hoy parte de toda evaluación y ellos definieron que:

Es el sumario de manejo de solicitudes (sea interna o externa) siendo tenidas como algo preciado poniendo a tentativa o sobrepasando los recursos del individuo (1984<sup>a</sup>). (Como se citó en Taylor, 2007, p.185).

En los dos años que siguieron fueron mejorando la definición en la que quedo (siendo citado en Vázquez et al, 2013, p. 2) “la evolución de procesos cognitivos y conductuales continuamente cambiantes que se desenvuelven para maniobrar las instancias concretas tanto externas y/ o internas que son valuadas como exorbitantes o desbordantes de los recursos de la persona” (1986, pág. 164). Al afrontamiento como estrategia.

Según Stone y Cols (citado en Vázquez et al 2013, p. 2) Así mismo el afrontamiento hace referencia a los “razonamientos y acciones que facultan a la persona a manejar escenarios difíciles”.

**Personalidad y afrontamiento:**

“La personalidad que cada persona manifiesta en los eventos estresantes, influencia la forma en la que afrontará el evento. Ciertos rasgos de la personalidad agravan las condiciones de estrés siendo que otros tienden a optimizarlo” (Taylor, 2007, p.186)

**Negatividad, estrés y enfermedad.**

Friedman y Boot-Kewley (citados en Taylor, 2007) ellos sugerían que la tensión psicológica que involucra depresión, enojo, hostilidad y ansiedad podía constituir la bases para una personalidad “tendiente a enfermarse” que predispone a las personas a estos padecimientos. (p.186)

“También las personas que tienen mayor afectividad negativa crónica pueden estar más propensos a enfermarse y muestran signos de tensión, síntomas físicos y comportamientos de enfermedad aun cuando no estén enfermando” (Taylor, 2007, p.187)

**Estilo de explicación pesimista.**

La predisposición negativa de la persona puede exacerbar al estrés y su relación con la enfermedad [...] La explicación de los eventos negativos ocurridos en nuestra vida a través de cualidades negativas internas, estables y globales presentan menor salud entre la edad de 45 y 60 años, entre 25 y 30 años después. (Taylor, 2007, p.188)

**Estilo de explicación optimista.**

El optimismo generaba mayor enfrentamiento centrado en el problema y utilizando menos la negación, tenían una mayor tasa de recuperación a lo largo del proceso de la enfermedad y durante las tareas del día a día; y concluyeron que el optimismo es un recurso potente e invaluable. (Taylor, 2007, p.188)

### **Control Psicológico.**

[...] es importante entender que cuando las personas son capaces de percibir que los eventos en su ambiente son controlables, o darse cuenta de que sus esfuerzos para afrontar la situación probablemente sean exitosos, se aminorará el estrés que experimentan, disminuyendo la tensión y sus respuestas fisiológicas ante éste. (Taylor, 2007, p.190)

### **Recursos de afrontamiento inicial.**

Taylor cita a varios autores para explicar los recursos de afrontamiento inicial alcanzando a concluir que:

La sensación de coherencia sobre la propia vida (Jorgensen, Frankowski y Carey, 1999), la sensación de propósito o significado de la vida (Visotsky, Hamburg, Goss y Lebovitz, 1961), el sentido del humor (Cousins, 1979; Moody, 1978), confianza en otras personas (Berefoot et al., 1998), y la religión han sido sugeridos como recursos internos que promueven el afrontamiento de situaciones de forma efectiva. Así como algunas personas parecen tener una personalidad tendiente a las enfermedades, entonces, otras personas pueden tener una personalidad que tiende a la salud; dichas personas se caracterizan por una sensación de control, por alta autoestima, optimismo y resiliencia. Los recursos del afrontamiento son importantes porque permiten a las personas manejar las demandas de sus trabajos, el estrés de la ciudad, tensiones financieras y otros eventos de vida cotidiana. Las personas que enfrentan estrés crónico sin recursos psicosociales protectores tienen un mayor riesgo de padecer tensión emocional, problemas de salud y una calidad de vida deteriorada, así como presentar mayores factores de riesgo biológico para enfermedades coronarias (Steptoe y Marmot, 2003). (2007, p.191)

### **Estilos de afrontamiento:**

“Es una propensión habitual para maniobrar sucesos estresantes en una manera específica” (Taylor, 2007, p.191)

### **Evitación versus confrontación.**

Estilo de afrontamiento evitativo (minimizador): Según Wong y Kaloupek (como se citó en Taylor, 2007, p. 191) que las personas [...] parecen manejar de manera segura frente a inminencias a mediano plazo.

Sin embargo, según Suls y Fletcher, Taylor y Clark (como se citó en Taylor, 2007, p. 191) si la inminencia es constante y perseverante, la habilidad de sustracción no logra tener éxito. Los individuos que manejan habilidades de resistencia conducentes a la sustracción no logran efectuar los pasaderos de voluntades cognoscentes y emocionales para predecir y operar dificultades en tiempo prolongado.

“Las personas que esgrimen habilidades de resistencia cara a cara pueden involucrarse en voluntad en lo que piensan o sienten para esgrimir intimidaciones en un periodo prolongado de tiempo” (Taylor, 2007, p.191) Holahan y Moos (como se citó en Taylor, 2007, p. 191) [...] Los individuos que poseen ascendentes patrimonios particulares y circunstanciales, tal como ascendentes entradas, más relaciones, un modo relacional confidente o un buen trabajo parecen apoyarse en esfuerzos activos de afrontamiento y menos contrarresto evitativo.

### **Afrontamiento enfocado al problema versus afrontamiento enfocado a la emoción.**

Este estudio se hizo por Folkman, Schafer y Lazarus en 1979, reforzado por Leventhal y Nerenz en 1982 y Pearlin y Schooler en 1978 (como se citó en Taylor, 2007). [...] el afrontamiento encauzado a la complicación que envuelve comprobaciones para desenvolver muestras provechosas para la persona en intermedio de las circunstancias de estrés, que lo desafían en un nuevo ambiente. El contrarresto central en la alteración reta al individuo a regular las emociones generada por las circunstancias que presenta (p.193)

Afrontamiento enfocado al problema:

Se toman acciones directas o se busca ayuda de otras personas (Taylor, 2007, p. 193)

### **Afrontamiento enfocado a la emoción:**

Incluyen ambos talentos substanciales, habiendo el inicial la elasticidad vehemente formada por tendencias demandantes siendo estos perjudiciales y que contribuyen en la disminución de la inmunidad comprometiendo el sistema inmunológico en individuos jóvenes como en adultos a modo ascendentes (Taylor, 2007, p.193) El segundo aspecto está enfocado en la misma emoción por lo tanto involucra purificar, encauzar en y ocuparse a través de las emociones acostumbradas en unidad con los estresores. (Taylor, 2007, p. 193)

### **Estrategias de afrontamiento y enfermedades crónicas.**

Los estudios realizados teniendo en cuenta lo planteado por Lazarus y Folkman, Dunkel – Schetter, Feistein, Taylor y Falke (Citados en Taylor, 2007) se les pidió a los pacientes con cáncer que identificaran los aspectos que les resultaba más estresantes:

“Los resultados indicaron que el miedo y la incertidumbre acerca del futuro eran los más comunes (41%); seguidos por la limitación de las habilidades físicas, la apariencia y el estilo de vida (24%), para culminar con el manejo del dolor (12%)” (p.294)

Taylor citó que en dicha investigación:

Se les pidió entonces a los pacientes que indicaran las destrezas de contrarresto que utilizaron para solucionar estos problemas.

Estas 5 estrategias identificadas eran apoyo social/resolución directa de problemas (por ejemplo, “le pedí a otra persona que investigara más acerca de la situación”), distanciamiento (por ejemplo “no dejé que me afectara”), enfoque positivo (“salí mejor que como entre”), fuga cognitiva/evitación (por ejemplo, “deseo que la situación desapareciera”) y conductas



de escape/ evitación (por ejemplo,” esfuerzos para evitar la situación a través de comer, dormir, ingerir alcohol)

Las estrategias identificadas en esta investigación no son sustancialmente diferentes a aquellas utilizadas para afrontar otro tipo de eventos estresantes.

Sin embargo, una diferencia notoria es que los enfermos crónicos reportan menos usos de estrategias activas de afrontamiento, tales como: Planeación, solución de problemas, confrontar la situación, y utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento pasivas, tales como enfoque positivo y estrategias de escape/evitación. (2007, p.294, 295)

### **Tipos:**

Según evalúa el Ways of Coping Questionare citado en (Taylor, 2007):

**Confrontación.** – esta conducta se enfoca en las circunstancias que la persona esté viviendo. Esta conducta se manifiesta con una carga verbal que suele llevar insultos e improperios hacia el otro, etc.

**Distanciamiento.** – su actuar suele hacer a un lado el problema, nos toma en serio los problemas, tiene una serenidad y tranquilidad frente a las circunstancias.

**Autocontrol.** – su actuar tiene calma, no toma decisiones con sus sentimientos alterados, toma su tiempo para responder.

**Búsqueda de apoyo social.** – sus relaciones le brindan un colchón emocional recurriendo así al consejo de personas que considera importantes en su vida como su familia, amigos, y también suele pedir o acudir a una ayuda profesional oportuna.

**Aceptación de la responsabilidad.** – su actuar es hacerse responsable de sus acciones con hechos, esto suele ponerlo en vulnerabilidad emocional en el reconocimiento de sus fallas, pone por delante la verdad de quien es, no la oculta. Suele ser un crítico de sí mismo llevándolo a tener una realidad estable de sí mismo.

**Escape- Evitación.** – huye de la realidad a través de pretextos, evita y evade a su círculo de personas con las que interactúa, y es propenso al

consumo de sustancias que lo ayuden a huir por momentos de la realidad que le parece insostenible de vivir.

**Planificación de solución de problemas.** – se anticipa y prevé, su organización lo lleva programarse con anticipación y la anticipación le lleva a salir de situaciones adversas con más facilidad y a reponerse emocionalmente con más prontitud.

**Reevaluación positiva.** – toma como referencia las experiencias vividas para capitalizarlas en nuevas tomas de decisiones. Esto lo lleva no solamente a ayudarse así mismo si no a ayudar a otros.

### **Estilos de afrontamiento:**

Kohlmann citado en (Spielberger y Sarason, 2007) propuso estilos de afrontamiento:

**Modo vigilante rígido.** El desgaste mental y físico son una característica de este estilo de afrontamiento ya que la persona entra a este modo es por la incertidumbre que le genera la situación que está enfrentando le conlleva a preguntarse cómo va a atravesar la situación y estar en contante alerta de los posibles desenlaces que producen un incremento de adrenalina.

**Modo evitador rígido.** La parálisis de su voluntad es desencadenada por la anticipación a la confrontación que no le permite ver las posibles soluciones, generando miedo frenando la voluntad de enfrentar el problema, dejándolo e modo estático.

**Modo flexible:** se caracteriza por huir de la situación que se está atravesando ya que la incertidumbre de lo que pueda suceder y las posibilidades de que sea una respuesta negativa le lleva a visualizar escenarios amenazantes, y tiende por optar a correr en reversa frente a esta situación.

**Modo inconsistente:** se caracteriza por un incremento de estrés y ansiedad ya que intenta alejarse del problema. Produciéndole incertidumbre de lo que pudo haber pasado si actuaba de tal cual manera.

### **El proceso del afrontamiento:**

Lazarus (1993) postuló estos principios:

- En el afrontamiento te puedes adaptar o no adaptar.
- En el afrontamiento no hay ni bueno ni malo, todo depende de cómo la persona asume su condición, y el modo en como asuma su relación con el estresor que se esté enfrentando, etc.
- En el afrontamiento la evaluación del contexto es importante ya que nos permite ver las diferentes amenazas, y como se va desarrollando el proceso psicológico que esté generando en la persona.
- La estrategia que se enfoca en buscar apoyo de tu grupo social la cual se denomina reevaluación genera estabilidad emocional en la persona.
- También el proceso donde entra a tallar el contexto y la vorágine de sentimientos que produce; el cual está enfocado en la contrariedad y otra en el desconcierto.
- La contrariedad es con el ambiente en donde se produce el conflicto y la emoción es cuando la persona tiene una percepción desde su contexto emocional familiar.
- El afrontamiento focalizado en el problema propone que si se acciona se puede dar alternativas de solución, pero si al analizar la situación me planteo que no encuentro posible solución es entonces donde influye el afrontamiento focalizado en la emoción.

## **Dimensiones.**

Según evalúa el Ways of Coping Questionare citado en (Taylor, 2007):

Sub escalas del inventario de Estrategias de Afrontamiento:

- **Estrategias Activas:**

- Resolución de Problemas: son estrategias cognitivas y conductuales encauzadas a prescindir del estrés, transformando el escenario que lo origina.
- Expresión Emocional: son estrategias encauzadas a independizar emociones que acaecen en el sumario del estrés
- Apoyo Social: estrategias concernientes a la necesidad de apoyo emocional.
- Reestructuración Cognitiva: son estrategias cognitivas que cambian el valor y sentido del ambiente estresante.

- **Estrategias pasivas:**

- Autocrítica: es la estrategia establecida en la auto acusación y el auto reproche por los acontecimientos del contexto estresante y la conducción improcedente.
- Pensamiento Desiderativo: son estrategias cognitivas que manifiestan el anhelo de que la situación no fuera estresante
- Evitación del problema: son estrategias que envuelven a la privación y substracción de pensamiento o hechos concernientes con el acaecimiento estresante
- Retirada social: es la estrategia de retroceso con amigos, familiares, personas cercanas coligadas con la reacción emocional en el sumario estresante.

### 1.2.3. Calidad de vida

#### **Historia.**

Para este estudio tenemos que remontarnos a la II Guerra Mundial. No mucho después que terminara este momento trágico en nuestra historia, se empezaron a notar los efectos nocivos en las personas referentes a su salud. Es así como nace la (OMS). Estando con el proceso de su constitución en 1948 por primera vez se hace una definición de salud que revoluciono su tiempo, “como los recursos y procesos inmersos en su prevención, curación, paliación y/o sostenibilidad.” (Paulier, 2012, p.61).

La Salud antes del nacimiento de la OMS se fundaban en itinerarios orgánicos que manifestaban defunción, padecimiento e incapacidad; la medicina de la vida cotidiana de nuestros antepasados ofrecía un recurso a la complicación viviente siendo determinado en que el paciente presentaba y los resultados de esta intervención era responsabilidad del paciente. La atención médica para ese entonces era contener o reducir la enfermedad y en el mejor de los casos curarla y el tema de bienestar del paciente se delegaba a otras secciones generales. (p.61).

Y la tasación de la salud por la OMS en 1948 como “una etapa completa de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la de alejamiento de simpatías o padecimientos” (, p.61). Esta valoración trajo consigo el interiorizar que salud no era la ausencia de enfermedad sino en algo integral refiriéndose el bienestar biopsicosocial. Es en este proceso que la OMS en 1986 en la carta de Ottawa hacen referencia a que para una buena condición de salud es necesario “[...] tenemos que mantener la paz como parte integral del ser humano, teniendo en cuenta el uso sostenible de los recursos más personales como una vivienda, recursos económicos y alimentos, etc.” (2012, p.62).

Entonces llegamos a la conclusión que “no es suficiente con tener datos precisos sobre la enfermedad y como se desarrolla, la persona es la que tiene una percepción de la enfermedad y también de como la percibe en sí mismo, así como también las personas cercanas a su entorno que son afectados por los efectos de la enfermedad.” (p.62). También (Gomes,

2009) llegó a la conclusión que “Nuestra salud es un valor de la vida, no la meta final”. Podemos decir que este recurso se nos da para poder disfrutar de una existencia de calidad; porque es preciso que la integralidad con la armonía biológica, psíquica, afectiva y social de un beneficio en la relación más ventajosa con el medio y que es retribuable.

Y en este sumario se llegó a tocar el tema de personas con enfermedades crónicas, ya sean estas físicas o psíquicas; donde ya no solo era prevenir una mala salud o compensar una salud deteriorada, sino en optimizar su aptitud de vida. Ya que en estas cuestiones no hay una recuperación de la enfermedad, sino que la meta del procedimiento es mitigar o desaparecer los síntomas. Entonces la intervención y el cuidado es el objetivo para el bienestar integral dentro de los términos de la enfermedad tratando de dar una vida digna a la persona.

### **Definición:**

El vocablo calidad de vida surge con ímpetu en 1996; siendo Schalock el que plantea una investigación en la que la evolución social, política, tecnológica y económica sea integrada para alcanzar el objetivo de alcanzar a poseer una calidad de vida. Así mismo la OMS en 1996 hace referencia al acuerdo del Foro Mundial de la Salud en 1966 que “postula tener en cuenta a la calidad de vida como meta e itinerario de las acciones en componente sanitaria y de prevención de la salud” (p. 63)

Entonces en nuestra investigación tenemos a Paullier (2012, p.96) que define calidad de vida como un “tener ambientes de vida optimo que está ligado en cada estado por las políticas sociales y ellas son las encargadas de proponer escenarios de vida equitativos y un profundo nivel de bienestar intangible. Estas políticas sociales también proponen satisfacer necesidades a nivel macro en la población que genere a nivel individual un compromiso de compartir con otros que sumen a la persona.”

Según la OMS en 1994, citado en Pérez y Zurita define como: [...] percibe la persona el ambiente que le rodea y su propósito, en el contexto del medio cultural y del sistema de valores en los que vive y la correlación con sus metas, sus expectativas, sus reglas, sus intranquilidades. Es un conjunto de conceptos tan amplios que va desde la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, como también la relación inherente con su ambiente. (2013, p.55)

Así mismo tenemos como bases a estos investigadores que definieron calidad de vida que se suman a nuestra investigación:

La calidad de vida es la percepción que el paciente hace de sí mismo respecto a su estado de salud en un tiempo determinado (Font, 1988). También Ibáñez postuló que la persona es la que define el proceso de su enfermedad y las limitaciones que ella implica; radicando aquí la definición del tema que estamos estudiando (Ibáñez, 1997).

Así mismo tenemos esta definición que involucra a las enfermedades crónicas y la que estamos estudiando en esta investigación como el aspecto de la enfermedad y su tratamiento siendo que está ligado en la calidad de vida de la persona en el tratamiento de la enfermedad crónica (Consiglio, 1999).

**Indicadores:**

Es un indicador [...] de medida cuantitativa, normalmente numérica, que sirve de orientación y guía.

**Dimensiones:**

La evolución en las investigaciones de calidad de vida en los años nos ha dado una riqueza tan amplia y aquí veremos alguno de ellos partiendo de Paullier (2012, p.96):

- i. La valoración del nivel de vida en base a indicadores que marquen objetivos.
- ii. El discernimiento individual de esta realidad aunado al termino bienestar.

**a. Factores materiales:** “Son los capitales que uno tiene: entradas económicas favorables, tener un trabajo que provea las necesidades, salud, y preparación académica, etc. [...] la calidad de vida se ve reflejada en la capacidad de recursos y la forma de distribución de los mismos que generen sostenibilidad en el tiempo” (p.97)

**b. Factores ambientales:**

La comunidad en la que uno vive puede ser relevante e influir en la calidad de vida entorno a: tener disponibilidad de servicios básicos, nivel de seguridad y criminalidad, movilización, transporte, acceso a las nuevas tecnologías y la habilidad para su utilización, esto hace una vida más simple lo que condiciona la calidad de vida sea llevadera y con estándares altos. (2012, p.97)

**c. Factores de relacionamiento:**

Envuelven las relaciones en familia, amigos y las redes sociales con las que interactuamos. La participación de mis redes en organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social. Después del retiro de la actividad económica las personas enfrentan factores que pueden afectar la calidad de vida en las edades avanzadas. Si la familia cumple la función de importancia con sus adultos mayores, con amigos, vecinos, y otras redes de apoyo; el nivel de significancia en general suele crear consistencia en todas las esferas de la vida. (2012, p.97)



**d. Políticas gubernamentales:**

“la calidad de vida se mide en dos esferas importantes; la visión que tiene la persona de sí misma y la consideración de su entorno social” (p.97)

Veenhoven mantiene como un objetivo de inicio en las investigaciones pautas sociales es que se desarrolle tal medición que abarque una amplitud de esferas sobre la calidad de Vida del conjunto de naciones tomando en cuenta el equivalente al PBI de nuestras naciones con la respectiva investigación sobre el balance económico (Veenhoven, 1996).

Teniendo como base ideas convertidas en planes propuestos a partir de la economía de los países, por un largo periodo que comprendió los setenta y ochenta la Calidad de Vida tuvo como definición tener bienestar con algo tangible reflejado en el ámbito social. La definición de bienestar social adquirió tal auge que incluía la totalidad de la persona estudiando lo que le origina aumento o descenso calidad de vida, y esto hacía referencia a las personas, a su entorno, y como consiguen esa calidad de vida (Smith, 1974).

El referirse a Calidad de vida ha propuesto ser un término utilizado en diferentes contextos, y es usado por profesionales de distintas y múltiples disciplinas, como que también personajes de la política, organizadores, medios de masivos en el campo de la comunicación y por personas que integran nuestra sociedad. La masificación en el uso de esta terminología se ha visto tan divergente que empezó a verse genérica, esto contribuyó a que se estudiase el termino con métodos que en la praxis le den una definición académica y postule la esencia en muchos de los campos de la vida del ser humano, teniéndola como un estudio creciente y marcando las pautas para el cimiento de futuras investigaciones (Sancho y Vela, 2004).

**Importancia:**

Hace 64 años en tiempos duros de post guerra fueron sin precedente 61 países que estaban conformados como estados de gobierno que se dispusieron como un solo hombre a cooperar, juntos, en ocupación de una excelente calidad de vida, promocionando la salud. Ya que la situación a enfrentar en los años venideros seria de trabajo duro e implantación de nuevas políticas y formas de vida.

Esto dio inicio a la creación de la OMS, siendo una entidad especializada dentro de la carta de las naciones unidas.

Esta idea implantada por la cooperación de los países dio por terminados 150 años de cooperación internacional en el componente de salud presentando la conformación de la OMS. Entrando en vigencia en 1948 y siendo nuestro país Perú en la actualidad miembro de los 191 países que la conforman.

La OMS tiene sus bases y reglamentos que todos los países tienen como normas a seguir y son los referentes en cada país a la hora de establecer políticas para todas las personas en el marco de la salud.

**Método:**

A lo largo de estos 64 años de formación de la OMS realizó un consenso de todos los acuerdos y políticas establecidas en los años de fundación llegando a consolidar la definición de salud y calidad de vida que fueron entrelazándose como vimos en los conceptos puestos en esta investigación. Y esa base dio como iniciativa buscar los medios para medir de manera universal la salud y calidad de vida mencionando al único instrumento de medición denominado WHOQOL. Este instrumento de medición se logró con el aporte y colaboración de diversos grupos étnicos y culturales que conforman la OMS realizando la construcción de esta escala (Gómez, 2009).

Teniendo como precedente lo expuesto ADA que es la Asociación Americana de la Diabetes con su fundación en 1939 es la institución que busca ayudar a las personas afectadas mediante el financiamiento de investigaciones que ayuden a controlar, curar y prevenir la diabetes.

Así tomando como base lo realizado por la OMS, ADA tomo como principio de su escala de medición el WHOQOL. Y es así como se trabaja la escala y se presenta la Diabetes Quality of Life definido por sus siglas DQOL.

### **Dimensiones de la calidad de vida.**

La asociación americana presentó una forma de evaluar la calidad de vida de los pacientes y en ellas encontramos estas dimensiones de la calidad de vida:

- **Satisfacción con el tratamiento:** forma en que la persona evalúa si su salud está viendo mejorías con el tratamiento empleado.
- **Impacto del Tratamiento:** son los sentimientos que genera tener conciencia de vivir con la enfermedad y como el paciente en la recepción de esta información al enfrentar la realidad afecta su toma de decisiones.
- **Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes:** la anticipación y expectativa que genera el tener que convivir con la enfermedad suscitando diferentes emociones, generando intranquilidad, temor, angustia, inquietud.
- **Preocupación por aspectos sociales y vocacionales:** intervienen el ambiente social donde interactúa la persona, esto puede traer como medida el apuntar a un nivel máximo de bienestar físico, psíquico y social.
- **Bienestar General:** Es la evaluación que la persona hace en escala de Likert como percibe estar.

### **Modelos teóricos.**

Han sido muchísimos los estudios que se han realizado sobre este tema, ahora vamos a realizar un repaso por ellas.

- La calidad de vida física en su evaluación incluye el dolor, los síntomas, las limitantes funcionales y funciones cognitivas. Todas ellas están ligadas a evaluación de su salud y cuál es el nivel de importancia en su calidad de vida. Estos factores nos llevan a tener una perspectiva de a donde apuntamos y a donde queremos llegar.

- En lo social apunta a indicadores como la dimensión de la red social del individuo, periodicidad con sus contactos, la reciprocidad en actividades y su desenvolvimiento social. Esto aunado a lo que la persona percibe de su núcleo más íntimo como la calidad en la participación familiar, con los amigos, el tiempo que comparten y la economía estable.
- La Calidad de vida psicológica tiene componentes de necesidades personales que resulta ser más integral en la calidad de vida global.
- Por otra parte, está en discusión si la calidad de vida es meramente subjetiva, ya que es la persona quien determina a través de su percepción teniendo como base al concepto ideográfico en la que la persona establece los componentes que intervienen en la calidad de su vida o si postulamos a que se puede establecer una calidad de vida general para todas las personas como un concepto lógico.

### **Indicadores:**

Según Atkinson (1978) hace mención de dos indicadores de calidad de vida.

#### **Indicadores Objetivos**

Son aquellos factores que se pueden ver y tocar y que el paso del tiempo genera deterioro.

#### **Indicadores Subjetivos**

Son aquellos que son percibidos por el individuo, es de carácter meramente uni personal.

Reig presenta estos indicadores subjetivos en un estudio en el campo de la geriatría que se cita en Galvanovskis y Rojas (2000), presentando estas ocho áreas:

- a. **Vida Intelectual.** - Es saber si lo que se piensa es sobre calidad de vida, y si esto es un pensamiento justo, equitativo, razonable.
- b. **Vida Emocional.** – es la percepción de la persona frente al medio ambiente en el que se desenvuelve, teniendo presente nuestras experiencias en nuestro diario vivir, y si eso nos genera satisfacción y bienestar.

- c. **Vida Física.** – el bienestar biopsicoemocional y social es importante, ya que engloba todo el ser de la persona.
- d. **Vida Familiar.** - la organización primordial en la vida del ser humano es evaluada en la medida de la conexión que exista entre sus miembros, y cuan parte se siente el individuo de su núcleo como apoyo en las áreas de su vida.
- e. **Vida Social.** - cuan parte se sienta la persona del núcleo social en el que vive, si esto le capacita para realizar sus actividades y relacionarse.
- f. **Vida Económica.** – tiene que ver el cómo suple sus necesidades con los bienes que le pertenecen y si esto satisface las necesidades que como individuo se traza.
- g. **Vida Laboral.** – es que la persona se sienta a gusto en el área donde se desarrolla profesionalmente, si hace aquello que proporciona y suple sus necesidades y si se siente realizado con lo que está desempeñando.

### **Diabetes y calidad de vida**

Es importante saber que la diabetes tiene tratamientos dependiendo del estadio en que la persona se encuentre, siguiendo principios básicos de nutrición para el cuidado de su salud. Esto nos conlleva a una planificación en sus rutinas alternado su estilo de vida anterior que incluían hábitos y patrones de conducta que la persona con el pronóstico que le dan tiene que modificar. Generando tensión emocional y posibles reacciones negativas en el autocontrol respecto al cuidado de su salud. Esto nos lleva a plantearnos regímenes que ayuden a la persona en el cambio de todo su estilo de vida. Esto nos lleva a un monitoreo constante de los grupos de apoyo como del individuo. Ya que pueden existir complicaciones en su salud en la medida de lo posible en largo plazo (Nur Aqilah Binti, 2010)

### **1.3. Formulación del problema**

Formulación del problema

¿Existe asociación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en personas con DM2 del Hospital II-2, Tarapoto – 2014?

### **1.4. Justificación del estudio**

La investigación permitió desarrollar los objetivos planteados, haciendo uso de teorías, métodos y demás actividades direccionadas a la evaluación de cada uno de las variables, los mismos que fueron utilizados para investigaciones posteriores.

### **1.5. Hipótesis**

#### **Hipótesis General**

**H<sub>0</sub>**: Existe asociación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con DM2 del Hospital II-2, Tarapoto – 2014

**H<sub>a</sub>**: No existe asociación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con DM2 del Hospital II-2, Tarapoto – 2014

#### **Hipótesis específica**

**H<sub>1</sub>**: La estrategia de afrontamiento de mayor porcentaje es Resolución de problemas en los pacientes con Diabetes Mellitus 2.

**H<sub>2</sub>**: La estrategia de afrontamiento de menor porcentaje es Evitación de problemas en los pacientes con Diabetes Mellitus 2.

**H<sub>3</sub>**: Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes son estrategias de afrontamiento inadecuadas (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social).

**H<sub>4</sub>**: La dimensión de Calidad de vida con mayor porcentaje es Satisfacción con el Tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus 2.

**H<sub>5</sub>**: La dimensión de Calidad de vida con menor porcentaje es Preocupación por aspectos Sociales y Vocacionales en los pacientes con Diabetes Mellitus 2.

**H<sub>6</sub>**: La dimensión de bienestar general en los pacientes con Diabetes Mellitus 2 es Regular.

## **1.6. Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar la asociación existente entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los pacientes con DM2 del Hospital II-2 Tarapoto

### **Objetivo específico**

Identificar qué estrategia de afrontamiento es la más frecuente en los pacientes con DM2.

Identificar qué estrategia de afrontamiento es de menor porcentaje en pacientes con DM2.

Conocer las estrategias de afrontamiento adecuadas e inadecuadas presentes en los pacientes con Diabetes Mellitus 2.

Identificar la dimensión de calidad de vida más frecuente en pacientes con DM2.

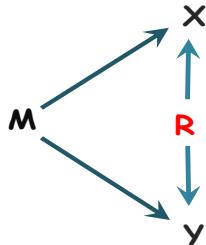
Identificar la dimensión de calidad de vida menos frecuente en los pacientes con DM2.

Establecer el indicador de percepción de dimensión de bienestar general más frecuente en los pacientes con DM2.

## 2. MÉTODO

### 2.2. Diseño de investigación

Descriptiva, correlacional, no experimental



Dónde:

**M:** Muestra del universo de población con diabetes Mellitus 2

**X:** Estrategias de afrontamiento

**Y:** Calidad de vida

**R:** Coeficiente de Correlación biserial

En este tipo de investigación se determina el valor de la dependencia existente entre las dos variables. Nos permite ahondar el grado de influencia de una variable a otra.

### 2.3. Variables, operacionalización

#### **V1: X Estrategias de afrontamiento**

Vázquez, Crespo y Ring (2013)

La manera en cómo la persona maneja las demandas de la nueva realidad teniendo exigencias externas específicas como internas y siendo evaluado por la persona como sobreabundantes o exorbitantes de acuerdo a los recursos que maneje. Y para enfrentar toda la persona utiliza procesos cognitivos y conductuales.

#### **V2: Y Calidad de vida**

Pérez y Zurita (2013)

Como percibe la persona el ambiente que le rodea y su propósito, en el contexto del medio cultural y del sistema de valores en los que vive y la correlación con sus metas, sus expectativas, sus reglas, sus intranquilidades. Es un conjunto de conceptos tan amplios que va desde la salud física de la persona, su estado



psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, como también la relación inherente con su ambiente.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
<b>Estrategias de afrontamiento</b>	<p><b>Vázquez, Crespo y Ring (2013)</b> La manera en cómo la persona maneja las demandas de la nueva realidad teniendo exigencias externas específicas como internas y siendo evaluado por la persona como sobreabundantes o exorbitantes de acuerdo a los recursos que maneje. Y para enfrentar toda la persona utiliza procesos cognitivos y conductuales.</p>	<p>Son disposiciones generales que llevan la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante las diferentes situaciones estresantes.</p>	<p>Resolución de problemas</p> <p>Autocrítica</p> <p>Expresión emocional</p> <p>Pensamiento desiderativo</p> <p>Apoyo social</p> <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Evitación de problemas</p> <p>Retirada social</p>	<p>Plantea soluciones</p> <p>Enfrenta la situación actual</p> <p>Decide actuar con determinación</p> <p>Toma decisiones</p> <p>Evaluación introspectiva</p> <p>Aceptación de responsabilidad</p> <p>Catarsis</p> <p>Evaluación introspectiva</p> <p>Pensamientos fatalistas</p> <p>Comentarios derrotistas</p> <p>Pensamientos idealistas</p> <p>Relaciones sociales</p> <p>Escucha activa</p> <p>Reevaluar el problema</p> <p>Pensar en soluciones</p> <p>Enfocar su actitud al presente</p> <p>Evitar pensar en el problema</p> <p>Restar importancia a la situación actual.</p> <p>Pasar tiempo a solas</p> <p>Evitar estar con gente</p> <p>Ocultar pensamientos y sentimientos</p>	<p>Nominal de Likert.</p>

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Calidad de vida	<p><b>Pérez y Zurita (2013)</b>            Como percibe la persona el ambiente que le rodea y su propósito, en el contexto del medio cultural y del sistema de valores en los que vive y la correlación con sus metas, sus expectativas, sus reglas, sus inquietudes. Es un conjunto de conceptos tan amplios que va desde la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, como también la relación inherente con su ambiente.</p>	<p>Es el estado de bienestar general, satisfacción, impacto y preocupación del paciente diabético, por el tratamiento de su enfermedad y los efectos potenciales en la salud como valoración individual de su calidad de vida</p>	<p>Satisfacción con el Tratamiento.</p> <p>Impacto del tratamiento</p> <p>Preocupación por aspectos sociales y vocacionales</p> <p>Preocupación acerca de los</p>	<p>Bienestar con su situación actual</p> <p>Chequeos médicos</p> <p>Relaciones interpersonales</p> <p>Alimentación balanceada</p> <p>Actitud laboral cordial</p> <p>Horas de sueño</p> <p>Pareja</p> <p>Ejercicios</p> <p>Tiempo libre</p> <p>Dolor asociado con diabetes</p> <p>Lidiar con diabetes</p> <p>Baja azúcar en la sangre</p> <p>Interfiere en su vida familiar</p> <p>Conciliación del sueño</p> <p>Restringir sus relaciones sociales</p> <p>Interferencia con la vida sexual</p> <p>Preocupación por crecimiento personal</p> <p>Preocupación por desenvolvimiento social</p> <p>Preocupación por su recreación</p> <p>Preocupación por efectos corporales secundarios</p>	<p>Escala Nominal de Lickert</p>

---

efectos futuros de la diabetes.	Complicaciones físicas
Bienestar general	Relaciones interpersonales.
	Percepción general de la evolución de su salud.

---

## **2.4. Población y muestra**

Población.

El grupo de estudio fue constituido por personas que tratan sus padecimientos en el Hospital II-2 Tarapoto, presentando diagnóstico de Diabetes Mellitus 2. Y según la (OMS 2013) el rango de edad media del empiezo de la enfermedad siendo a partir de 35 años de edad en adelante, y estas será la edad de partida para evaluar así mismo la población total es de 56 pacientes.

Muestra.

La muestra fue 46 pacientes, calculados mediante los criterios de inserción y supresión.

### a) Criterios de inclusión

La muestra para ser considerados dentro de la muestra, tendrán que ser mayores de 35 años de edad.

Pertenecer al programa de daños no transmisibles del Hospital II – 2 Tarapoto.

### b) Criterios de exclusión

Las personas con este padecimiento que están en las áreas de hospitalización y que no cumplan con los requisitos mencionados anteriormente; no serán considerados para la evaluación.

## **2.5. Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **Técnica**

Encuesta, este es un método que permitió el correcto desarrollo de la recolección de datos para la investigación.

### **Instrumento**

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006), para la “Valoración de la calidad de vida en DMII: propiedades de medición en la versión en español del DQOL” (García, et al. 2003)

## **Validez**

Se tuvo como validez a tres expertos en el área de psicología los mismos que adjuntaron sus respectivas firmas para la contrastación requerida.

## **Confiabilidad**

Si bien los instrumentos que se ha desarrollado ya estuvieron validados se aplicó el Alpha de Cronbach, donde se logró obtener como coeficiente 0.967, los mismos que mostraron un entendimiento por parte la muestra objeto de estudio.

## **2.6. Métodos de estudio de información**

Se utilizó estadística descriptiva para datos nominales siendo cotejados por frecuencias y porcentajes, haciendo uso de grafico de barras.

- a) Análisis descriptivos, a través de frecuencias y porcentajes con sus respectivas graficas
- b) La contrastación estadística se hará usando el estadístico no paramétrico para correlación denominado chi cuadrado.

## **2.7. Aspectos éticos**

Veracidad: “Referido a la transparencia en la información a presentar dentro de la investigación, por lo que en todo momento el contenido de ésta será producto de la creación intelectual del investigador, no existiendo la usurpación de la misma; sumado a que también se hizo uso de la normativa señalada por el Estilo APA”

La neutralidad: “Referido a que dentro del desarrollo del estudio se tuvo una posición imparcial tanto en el tratamiento de la información como respecto a lo manifestado cuando de recolectar información se haya tenido; por lo que el investigador no tomó partida en lo que corresponde a los manifestado por las fuentes”.

### 3. RESULTADOS

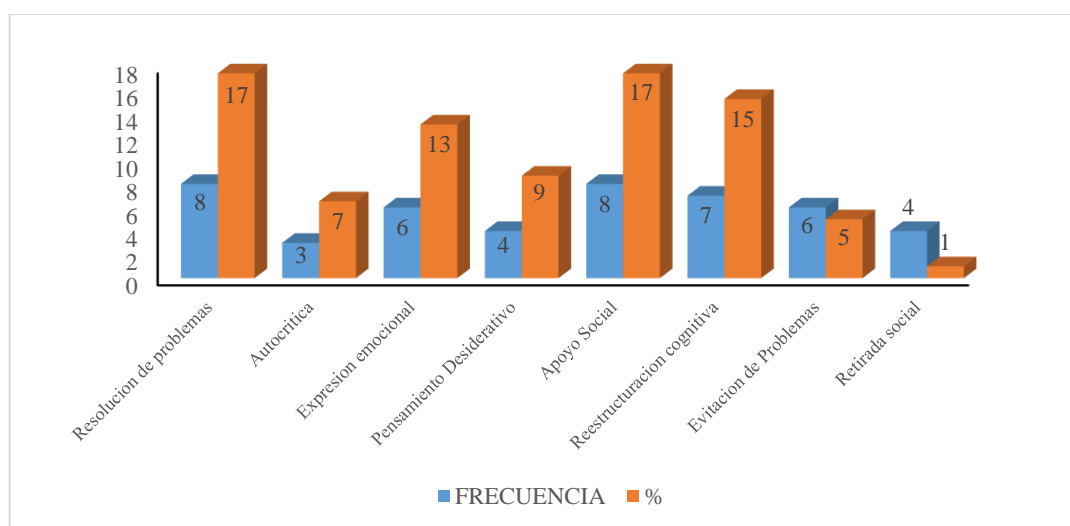
Distribución de frecuencias y porcentaje de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en personas tratadas con DM2 del Hospital II-2 - Tarapoto 2014.

Tabla 1

*Distribución de frecuencias y porcentaje de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en personas tratadas DM2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014*

<b>Estrategias de afrontamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Resolución de problemas	8	17
<b>Autocrítica</b>	3	7
Expresión emocional	6	13
<b>Pensamiento Desiderativo</b>	4	9
Apoyo Social	8	17
Reestructuración cognitiva	7	15
<b>Evitación de Problemas</b>	6	5
<b>Retirada social</b>	4	1
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Resultados Escala de Estrategias de afrontamiento, aplicado a las personas tratadas con DM2 del Hospital II - 2 - Tarapoto 2014



**Figura 1.** *Distribución de frecuencias y porcentajes de habilidades de afrontamiento de las personas tratadas con DM2 del Hospital II - 2, Tarapoto 2014*

*Fuente:* Resultados de Habilidades de Afrontamiento, aplicado a personas tratadas con DM2 del Hospital II - 2 - Tarapoto 2014

## Descripción

De las 46 personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 Tarapoto - 2014, se recogió en los datos que el 17 % pertenece a la dimensión de Resolución de Problemas y Apoyo Social lo cual denota que el paciente actúa con determinación frente al problema de salud que presenta; planteando soluciones que permitan enfrentar la situación actual. Por otro lado, el 1 % pertenecen a la dimensión de retirada social, lo cual significa que los pacientes prefieren frente a la enfermedad estar aislados y solos sin compañía de sus grupos de apoyo.

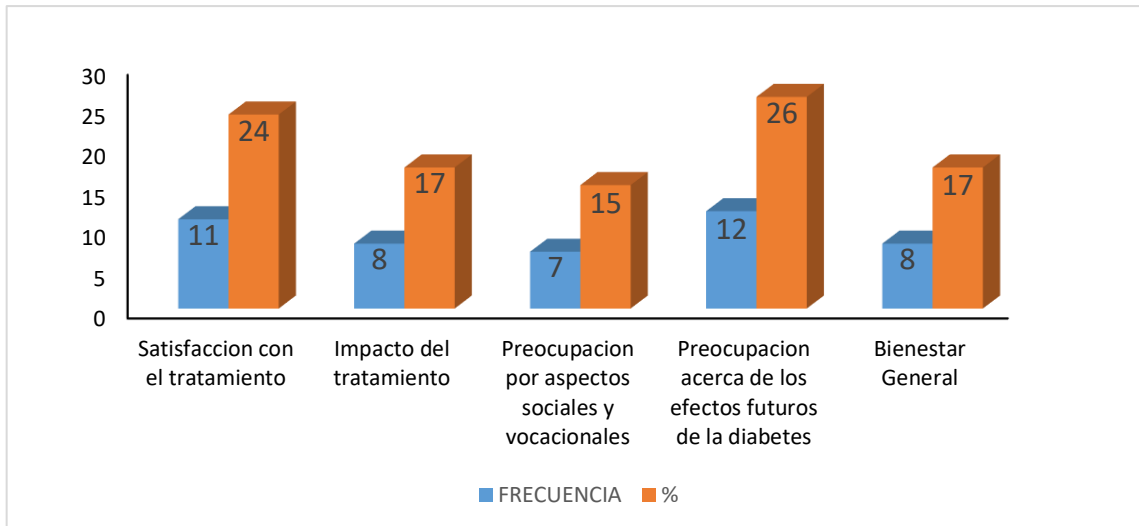
Tabla 2

*Distribución de frecuencias de Calidad de Vida en personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014.*

<b>Calidad de vida</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Satisfacción con el tratamiento	11	24
Impacto del tratamiento	8	17
Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	7	15
Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes	12	26
Bienestar General	8	17
Total	46	100

**Fuente:** Resultados de Calidad de Vida en personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014.





**Figura 2.** *Distribución de frecuencias y proporción de las personas tratadas con DM2 del Hospital II - 2, Tarapoto 2014*

*Fuente:* Resultados de Calidad de Vida, aplicado a las personas tratadas con DM2 del Hospital II - 2 - Tarapoto 2014

### **Descripción de resultados**

De las 46 personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 Tarapoto - 2014, se obtuvo que el 26% pertenece a variable de intranquilidad por sucesos posteriores de la diabetes lo cual denota la importancia que tiene las complicaciones físicas y los efectos corporales secundarios en sus relaciones interpersonales.

Por otro lado, el 15 % pertenecen a la variable de Intranquilidad por puntos de referencia social y vocacional, que está relacionado a la importancia del crecimiento personal y el desenvolvimiento social sumado a sus momentos de recreación para estos pacientes.

A continuación, se presentan las tablas de contingencia para datos observados como para datos esperados para el análisis del X<sup>2</sup> calculado y el X<sup>2</sup> tabular con un margen de error de 0.05 % y con 28 grados de libertad, de los datos obtenidos en relación a ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA en personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 Tarapoto – 2014

Tabla 3

*Tabla de contingencia de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014.*

Estrategias de Afrontamiento	de	Satisfacción con el Tratamiento	Impacto del tratamiento	Calidad de vida			Total
				Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes	Bienestar general	
Resolución de problemas		3	1	1	2	1	8
Autocrítica		0	1	0	1	1	3
Expresión emocional		2	1	1	2	0	6
Pensamiento Desiderativo		0	0	0	2	2	4
Apoyo Social		3	1	1	1	2	8
Reestructuración cognitiva		0	2	2	3	0	7
Evitación de Problemas		2	2	0	1	1	6
Retirada social		1	0	2	0	1	4
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>46</b>

*Fuente:* Resultados de Calidad de Vida, aplicado a las personas tratadas con DM2 del Hospital II-2– Tarapoto 2014

La aplicación del ji cuadrado tenemos que tener en cuenta:

La fórmula:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Dónde:

$O_{ij}$  Indica a la periodicidad no perder de vista. al número de casos que se observan como especificados en la línea i de la columna j.

$E_{ij}$  Indica a la periodicidad deseable o hipotética. Siendo el número de asuntos deseados proporcionados a cada línea y columna. Pudiendo concluir como aquella periodicidad que se pone en la mira si una y otra variable fuesen autónomas.

Para lograr los resultados deseados  $E_{ij}$ , tienden a calcularse por medio del resultado obtenido de los totales secundarios fraccionado por el número integral de sumarios (n).

Para el asunto de una tabla 2x6, se tiene que:

$$E_{11} = \frac{(a + b + c + d)(a + e + i + m + q)}{n}$$

$$E_{12} = \frac{(a + b + c + d)(a + e + i + m + q)}{n}$$

$$E_{54} = \frac{(a + b + c + d)(a + e + i + m + q)}{n}$$

Los resultados recogidos de los 4 tabloides, los resultados deseados se muestran en el paréntesis al lado de los que tenemos en la mira.

*Tabla 4*

*Tabloide de causalidad con resultados deseados de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014.*

Destrezas de afrontamiento		Calidad de vida				Bienestar general	Total
		Satisfacción con el Tratamiento	Impacto del tratamiento	Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes		
Resolución de problemas	de	3 (1.91)	1 (1.39)	1 (1.22)	2 (2.09)	1 (1.39)	8
Autocrítica		0 (0.72)	1 (0.52)	0 (0.46)	1 (0.78)	1 (0.52)	3
Expresión emocional		2 (1.43)	1 (1.04)	1 (0.91)	2 (1.57)	0 (1.04)	6
Pensamiento Desiderativo		0 (0.96)	0 (0.69)	0 (0.61)	2 (1.04)	2 (0.70)	4
Apoyo Social		3 (1.91)	1 (1.39)	1 (1.22)	1 (2.09)	2 (1.39)	8
Reestructuración cognitiva		0 (1.67)	2 (1.22)	2 (1.07)	3 (1.83)	0 (1.22)	7
Evitación de Problemas	de	2 (1.43)	2 (1.04)	0 (0.91)	1 (1.57)	1 (1.04)	6
Retirada social		1 (0.96)	0 (0.69)	2 (0.61)	0 (1.04)	1 (0.70)	4
<b>Total</b>		11	8	7	12	8	46

*Fuente:* Resultados de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014.

Posteriormente se propone discrepancia estadística de suposición entre H. nula y la H. alterna:

**H<sub>0</sub>**: existe asociación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida

**Y la hipótesis alterna:**

**H<sub>a</sub>**: negativa coexistencia entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida

H. nula la cual es autónoma, sabiendo que el producto del estadístico  $\chi^2$  se intercambian como una repartición destacada nombrada ji-cuadrado, que obedece de una cuantificación denominado “grados de libertad” (g.l.). Hacia el asunto de un tabloide de causalidad de 8 líneas y 5 columnas, los g.l. son semejantes a la consecuencia de la representación de líneas menos 1 (8-1) por la representación de columnas menos 1 (5-1). Precisamente contiene el tema (Tabla 7x4) los g.l. son 28.

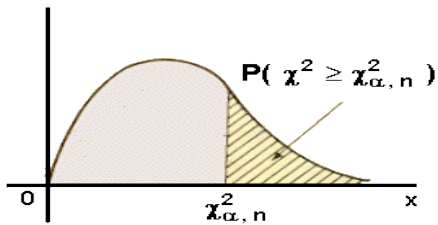
De plantearse afirmativamente la H. nula, el monto alcanzado correspondería estar dentro de la categoría de máxima posibilidad como la división igualitaria ji-cuadrado proporcionado. El valor-p que comúnmente logran la colectividad de estadísticos no es más que la posibilidad de lograr, como esa repartición, la posibilidad de conseguir los antecedentes puestos en mira si existiese la posibilidad que la hipótesis de autonomía. Si el valor-p está muy por debajo de su valor (comúnmente se discurre  $p < 0.05$ ) es escasa la factibilidad que se efectúe la H. nula y correspondería de objetar.

Tabloide 4, se establecen los grados de libertad (en la inicial pila) y la valía de  $\alpha$  (en la inicial pila). La representación que establece su encuentro es la valía juiciosa conveniente. Con esta condición, si el descriptivo  $\chi^2$  que se logra conquistar una valía superior se indicará que la discrepancia es demostrativa.

<b>Observado</b>	<b>Esperado</b>	<b>O-E</b>	<b>O-E<sup>2</sup></b>
3	1.91	1.09	1.1881
0	0.72	-0.72	0.5184
2	1.43	0.57	0.3249
0	0.96	-0.96	0.9216
3	1.91	1.09	1.1881
0	1.67	-1.67	2.7889
2	1.43	0.57	0.3249
1	0.96	0.04	0.0016
1	1.39	-0.39	0.1521
1	0.52	0.48	0.2304
1	1.04	-0.04	0.0016
0	0.69	-0.69	0.4761
1	1.39	-0.39	0.1521
2	1.22	0.78	0.6084
2	1.04	0.96	0.9216
0	0.69	-0.69	0.4761
1	1.22	-0.22	0.0484
0	0.46	-0.46	0.2116
1	0.91	0.09	0.0081
0	0.61	-0.61	0.3721
1	1.22	-0.22	0.0484
2	1.07	0.93	0.8649
0	0.91	-0.91	0.8281
2	0.61	1.39	1.9321
2	2.09	-0.09	0.0081
1	0.78	0.22	0.0484
2	1.57	0.43	0.1849
2	1.04	0.96	0.9216
1	2.09	-1.09	1.1881
3	1.83	1.17	1.3689
1	1.57	-0.57	0.3249
0	1.04	-1.04	1.0816
1	1.39	-0.39	0.1521
1	0.52	0.48	0.2304
0	1.04	-1.04	1.0816
2	0.7	1.3	1.69
2	1.39	0.61	0.3721
0	1.22	-1.22	1.4884
1	1.04	-0.04	0.0016
1	0.7	0.3	0.09

$X^2=24.8213$

Precisamente, hacia una afirmación del 95% ( $\alpha = 0.05$ ) la valía teórica de una distribución ji-cuadrado con 28 grados de libertad es 41,34. Para  $\alpha = 0.05$ . A manera pretenda que en el procesamiento de datos del  $\chi^2$  alcanzamos una valía de 24,82 que está por niveles inferiores de la valía para  $\alpha = 0.05$ , lograremos ultimar que las dos variables no están coligadas ( $p < 0.05$ ). Llegando a concluir que, con el panorama de los resultados, impugnamos la hipótesis nula ( $H_0$ ) y admitimos la hipótesis alternativa ( $H_a$ ) como factiblemente innegable.



Grados libertad	Probabilidad de un valor superior - Alfa ( $\alpha$ )				
	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005
1	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	4,61	5,99	7,38	9,21	10,60
3	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84
4	7,78	9,49	11,14	13,28	14,86
5	9,24	11,07	12,83	15,09	16,75
6	10,64	12,59	14,45	16,81	18,55
7	12,02	14,07	16,01	18,48	20,28
8	13,36	15,51	17,53	20,09	21,95
9	14,68	16,92	19,02	21,67	23,59
10	15,99	18,31	20,48	23,21	25,19
11	17,28	19,68	21,92	24,73	26,76
12	18,55	21,03	23,34	26,22	28,30
13	19,81	22,36	24,74	27,69	29,82
14	21,06	23,68	26,12	29,14	31,32
15	22,31	25,00	27,49	30,58	32,80
16	23,54	26,30	28,85	32,00	34,27
17	24,77	27,59	30,19	33,41	35,72
18	25,99	28,87	31,53	34,81	37,16
19	27,20	30,14	32,85	36,19	38,58
20	28,41	31,41	34,17	37,57	40,00
21	29,62	32,67	35,48	38,93	41,40
22	30,81	33,92	36,78	40,29	42,80
23	32,01	35,17	38,08	41,64	44,18
24	33,20	36,42	39,36	42,98	45,56
25	34,38	37,65	40,65	44,31	46,93
26	35,56	38,89	41,92	45,64	48,29
27	36,74	40,11	43,19	46,96	49,65

28	37,92	41,34	44,46	48,28	50,99
29	39,09	42,56	45,72	49,59	52,34
30	40,26	43,77	46,98	50,89	53,67

<b>Estrategias de afrontamiento y calidad de vida</b>	<b>Grados de libertad</b>	<b>X<sup>2</sup>C</b>	<b>Nivel de significancia</b>	<b>X<sup>2</sup>t</b>	<b>Decisión</b>
	28	24,8	0.05	41,3	Se acepta la hipótesis
		2		4	

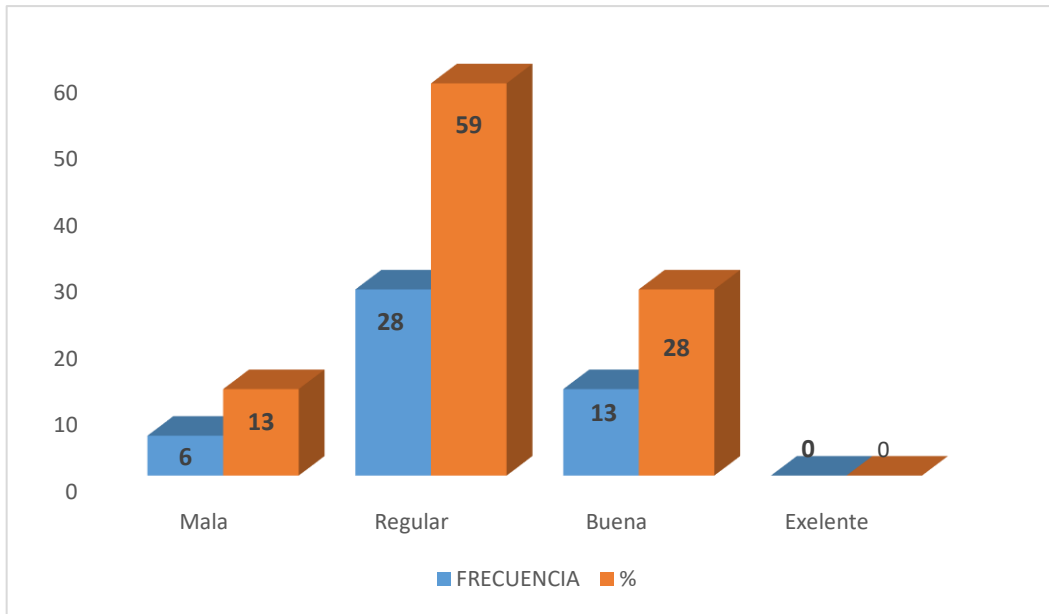
El estadístico X<sup>2</sup>c encontrado es 24.82 y con un nivel de confiabilidad del 95% ( $\alpha=0.05$ ) el tabular es 41.34, lo que indica que ambas variables no están asociadas, eso permite concluir, en este caso que las estrategias de afrontamiento no influyen en la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II – 2.

*Tabla 5*

*Repartimiento de periodicidades de Percepción de Bienestar general en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014.*

<b>Bienestar general</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Mala	6	13
Regular	28	59
Buena	13	28
Excelente	0	0
Total	46	100

**Fuente:** Resultados de Calidad de Vida en personas con tratamiento con DM2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014.



**Figura 3.** *Distribución de frecuencias de Percepción de Bienestar general en personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014.*

*Fuente:* Resultados de estrategias de afrontamiento y calidad de vida en personas tratadas con DM 2 del Hospital II – 2 - Tarapoto 2014

### **Descripción de resultados.**

De las 46 personas tratadas con DM2 del Hospital II – 2 Tarapoto - 2014, se obtuvo que el 59% tienen un bienestar general regular lo cual denota la media en su calidad de vida y la percepción que tienen de la misma.



#### 4. DISCUSIÓN

En base a las hipótesis y partiendo de los datos reflejados en esta investigación se aprueban o se rechazan las hipótesis:

El resultado obtenido nos muestra que no existe sociedad entre habilidades de afrontamiento y calidad de vida en personas tratadas con DM2, del Hospital II-2, Tarapoto, teniendo presente que la manera en cómo la persona maneja las demandas de la nueva realidad teniendo exigencias externas específicas como internas y siendo evaluado por la persona como sobreabundantes o exorbitantes de acuerdo a los recursos que maneje. Y para enfrentar toda la persona utiliza procesos cognitivos y conductuales., las cuales no tienen la influencia en la calidad de vida que es el discernimiento que una persona tiene en el lugar donde coexiste, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que habita y en correspondencia con sus objetivos, sus expectativas, sus reglas, sus intranquilidades. Todo esto tiene que ver con un conocimiento muy desarrollado que está intervenido de carácter complicado por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de emancipación, sus conexiones con el medio social o red, así como su correspondencia con los compendios fundamentales de su ambiente. Este resultado se ajusta a la de Rodríguez en el 2013 llegando a concluir que el 92% de los evaluados muestra un frecuente estilo de vida con DM tipo 2, el 8% una estable condición de vida, a excepción de, el 53% muestran habilidades de afrontamiento moderadamente favorables, estos a su vez muestran que hay una respuesta negativa a la correspondencia demostrativa entre el estilo de vida y las destrezas de afrontamiento de los evaluados.

En relación a la variable Estrategias de Afrontamiento el mayor porcentaje es la dimensión de resolución de problemas aprobando la Hipótesis 1 ya que de los 46 pacientes de la muestra se obtuvo que el 17 % pertenece a la dimensión de Resolución de Problemas y Apoyo Social lo cual denota que el paciente actúa con determinación frente al problema de salud que presenta; planteando soluciones que permitan enfrentar la situación actual; así mismo en este estudio de Lee et al (2008) examinó las destrezas de resistencia en un grupo de 30 pacientes con Diabetes Mellitus 2, cotejando con un grupo control de 30 sujetos sanos descubriendo que la colectividad de individuos del estudio utiliza con más asiduidad las habilidades de afrontamiento de focalización de

valor a problemas, reevaluación efectiva y evitación llegando a concluir que pues no se correlacionaron con el apoyo interpersonal brindado.

La Hipótesis 2 se rechaza ya que la estrategia de afrontamiento de menor porcentaje es Retirada social con el 1 % lo cual significa que los pacientes prefieren frente a la enfermedad estar aislados y solos sin compañía de sus grupos de apoyo; la dimensión de Evitación de problemas obtuvo el 5% ya que resta importancia a la enfermedad; y teniendo en cuenta el trabajo de Lee en el 2008 contrasta con sus resultados ya que Evitación del problema obtuvo un porcentaje más frecuente en esta población.

Se rechaza la hipótesis 3 ya que las pericias de afrontamiento improcedentes (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social) obtuvieron un 22% mientras que el 78% utilizan destrezas de afrontamiento apropiadas (resolución de problemas, reestructuración cognoscitiva, apoyo social y expresión emocional) contrastando con la investigación de Almeida y Rivas en el 2008 en un estudio donde el modelo fueron 50 sujetos con DM tipo 2 las maniobras de afrontamiento esgrimidas por los colaboradores como conclusión que el aislamiento social, el pensamiento negativo y la autocrítica, son formas inadecuadas para que un paciente afronte su enfermedad teniendo un 48% en este grupo, pues dichos factores no hacen posible que logren controlar su enfermedad, por lo que se recomienda utilizar estrategias como expresión emocional, apoyo social, resolución de problemas, teniendo en este grupo al 52%. Estas maniobras improprias frenan que los mayores con DM2 enfrenten su padecimiento y desarrollen quehaceres para el control.

Se niega la hipótesis 4 ya que la extensión de Calidad de vida con mayor porcentaje es Intranquilidad acerca de los resultados hacia adelante de la diabetes obteniendo un 26% mientras que Satisfacción con el Tratamiento un 24% esto contrasta con la investigación realizada el 2012 por Haya y Paima. ya que un 91% estaba satisfecho con el tratamiento del programa y un 76% estaba a veces preocupado sobre los efectos a largo plazo de la diabetes encontrándose con relación directa entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de las personas tratadas con DM2, pues la mayoría de los pacientes manifestaron que su calidad de vida cambió a origen de su padecimiento. Lo cual con los resultados obtenidos de los pacientes en el Hospital MINSA la intranquilidad por los

padecimientos posteriores de la diabetes da como indicador la creciente toma de conciencia sobre su enfermedad, lo que genera que se esmeren por cumplir con el tratamiento indicado para no volver a las recaídas que la enfermedad produce.

Se afirma la hipótesis 5 teniendo como la dimensión de Calidad de vida con menor porcentaje es Preocupación por aspectos Sociales y Vocacionales en las personas con DM2 obteniendo un 15% ya que la población evaluada tenía de 35 años para adelante, además la condición educativa pobre daba como consecuencia la preocupación por la alimentación más que por lo vocacional, sin embargo lo social mantiene relevancia por su importancia en el intercambio de servicios que se prestan para una mejor calidad de vida.

Se aprueba la hipótesis 6 de la dimensión Bienestar General en las personas tratadas con DM2 ya que la población encuestada presenta una Regular calidad de vida con un 59%, mientras que un 28% una mala calidad de vida y solo un 13% una buena calidad de vida; Haya y Paima llegaron a concluir que en porcentajes fueron que 66% exterioriza una excelente calidad de vida y 34% habitual calidad de vida.; estas consecuencias se deben a que las personas en tratamiento evaluados presentan un excelente comprensión que aplican de su padecimiento a consecuencia de a la certidumbre del programa aplicado en este hospital; lo cual contradice nuestros resultados.

## V. CONCLUSIÓN

- 5.1.No hay relación alguna entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en personas tratadas con DM2 del Hospital II-2, Tarapoto obteniendo un  $\chi^2$  calculado del valor de 24,82, con un margen de error de 0.05 y con 28 grados de libertad, dando como  $\chi^2$  tabular de 41,34; lo que indica que no existe correlación entre ambas variables.
- 5.2.Los pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II-2, Tarapoto, presentan el 17 % perteneciente a la dimensión de Resolución de Problemas y Apoyo Social lo cual denota que el paciente actúa con determinación frente al problema de salud que presenta; planteando soluciones que permitan enfrentar la situación actual
- 5.3.Los pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II-2, Tarapoto, presentan un 78% en la dimensión de destrezas de afrontamiento adecuadas en las cuales están (valor de problemas, reestructuración cognoscitiva, sostén mutuo y enunciado emocional).
- 5.4.Las personas tratadas con DM2, del Hospital II-2, Tarapoto, según la extensión de Calidad de vida con mayor porcentaje es Intranquilidad acerca de las reacciones posteriores de la diabetes obteniendo un 26% lo cual puede generar altos montos de ansiedad por los pensamientos recurrentes frente a la enfermedad.
- 5.5.Los pacientes con Diabetes Mellitus 2, del Hospital II-2, Tarapoto, según la dimensión de Calidad de vida con menor porcentaje es Preocupación por aspectos Sociales y Vocacionales en los pacientes con Diabetes Mellitus 2 obteniendo un 15%.
- 5.6.Las personas tratadas con este padecimiento de DM2, del Hospital II-2, Tarapoto, según dimensión Bienestar General en las personas tratadas con DM2 ya que la

población encuestada presenta una Regular calidad de vida con un 59%, en tanto que un 28% una mala calidad de vida y solo un 13% una buena calidad de vida.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- 6.1. Desarrollar un programa que incluya estas variables de estudio de manera separada, sobre todo referente a la disposición de vida de las personas tratadas con este padecimiento de DM2, del Hospital II-2, Tarapoto; ya que reflexionan poseer una frecuente disposición de vida y preocupación por el futuro en el progreso de su enfermedad lo cual indica la creciente sensibilidad frente a este tema y de esta manera incentivar a los pacientes a consolidar la pertenencia al programa de daños no transmisibles
- 6.2. Promover actividades en grupo que permitan la comunicación con sus pares fortaleciendo la empatía, teniendo en cuenta las opiniones, cuestionamiento de creencias, análisis del problema, capacidad de proyectar soluciones y capacidad proactiva; generando un compartir de sus vivencias con esta enfermedad y como aprender a vivir con ella.
- 6.3. Fortalecer y consolidar estas habilidades de afrontamiento apropiadas (valor de problemas, reestructuración cognoscitiva, sostén social y locución emocional) que les permitan mejorar su capacidad de pensamiento fortaleciendo lazos de amistad con personas que pasan situaciones similares impulsando y motivando así mismo a la expresión de sus emociones.
- 6.4. Promover talleres con el grupo multidisciplinario del programa de daños no transmisibles al compartir información fidedigna respecto a los efectos futuros de la diabetes que conlleven una estructura en el tiempo y la consolidación del grupo.
- 6.5. Incentivar a las reuniones sociales con personas que pasan una situación similar, teniendo en cuenta la formación de grupos los cuales se realizaban con anterioridad.
- 6.6. Las personas encargadas del monitoreo a los que pertenecen al programa; la realización del seguimiento como lo hacen hoy por hoy deberían recibir el apoyo de

más personas especializadas y entrenadas para una vigilancia minuciosa. Y la realización de inspecciones a los domicilios de aquellas personas con este padecimiento que no asisten a sus controles.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, G. y Rivas, D. (2008). *Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes Mellitus tipo 2*. (Tesis de Maestría). Recuperada de <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cinetifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>
- Almeida, G. y Rivas, V. (2008) *Afrontamiento y sus estrategias*. (1ª ed.) Barcelona: Anagrama.
- Almeida, G. y Rivas, V. (2008). *Estrategias de afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2* (Tesis de posgrado). Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. Recuperado de: <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cinetifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>
- Alper, J. (Julio, 2011). New Insights Into Type 2 Diabetes. *Science*, 289, 37-39.
- American Diabetes Association. (5 de enero de 2014). *Un reporte sobre la salud*. Recuperado de: <https://www.ada.org/>
- Atkinson, T. (1978) *¿Es la satisfacción una buena medida de la calidad de vida percibida?*. Asociación Americana de Estadística. Sección de Métodos de Investigación de Encuestas. Procedimientos. 123-132.
- Calidad de vida [sede Web]; 2011 [actualizado 30 de octubre del 2011; acceso 23 de junio del 2014]. Disponible en: [http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad\\_de\\_vida](http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida).
- Cárdenas, V; Pedraza, C & Lerma, R. (2005). *Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2*. Ciancia UANL. Mexico: Paraiso period.



- Cheng, C., Hui, W. & Lam, S. (2008). *Perceptual style and behavioral pattern of individuals with functional gastrointestinal disorders*. Health Psychology, 19, (pp. 146-154) Hong Kong: Universidad de Hong Kong
- Consiglio, E. (2000). *Validación y comparación de las versiones en español de dos cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud para pacientes infectados por el VIH*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Crisologo, R y Quiteros, G. (2013). *Calidad de Vida en Pacientes con diabetes Mellitus tipo II. Hospital II Essalud Tarapoto*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, Perú. (Acceso el 12 de mayo de 2014)
- EsSalud. Centro de atención integral en diabetes e hipertensión. [sede Web]; 2012 [acceso 23 de junio del 2012]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/centro-especializado-en-atencion-integral-en-diabetes-e-hipertension-cedhi>.
- Folkman, S. & Markowitz, J. (2004). *Coping: pitfalls and promise*. Annu Rev Psychol; (pp 55:745-74).
- Folkman, S. (1984). *An analysis of coping in a middle aged community ample*. J Health Behav
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1980) Un análisis de afrontamiento en una muestra de comunidad de mediana edad. Revista de Salud y Conducta Social, p.219.
- Font, A. (1990). *Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida*. Psicología de la salud. Libro de comunicaciones (pp. 90-96). Madrid: publicaciones del COP.
- Galvanovskis, A., y Rojas, R. (2000). *Religiosidad, sentido de la vida relaciones familiares en ancianos*. La Psicología Social en México, Vol. VIII, pp. 603 – 609.

- Gomes, E. (2009, Febrero 12). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG*, 9, 1/10. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
- Haya, K. y Paima, K. (2012). *Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Programa Diabetes Mellitus. Hospital Essalud - II Tarapoto*. (Tesis de pregrado Universidad Nacional de San Martín). (Acceso el 12 de mayo de 2014)
- Ibañes, E. (1988). *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Universidad de Valencia*. Calidad de vida y psicología oncológica (Núm. 38). Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/64574/88600>
- Lazarus, R. (1993). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brower
- Lazarus, R. y Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (2.<sup>a</sup> ed.). Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, S., Park, M., Choi, S., Nah, Y. Abbey, S. y Rodin, G. (2008). *Estrés, afrontamiento y depresión en pacientes con dispepsia no ulcerosa* (Artículo de pregrado). *Journal of Psychosomatic Research*, Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399900001483>
- Levine, S., Weinberg, E., y Ursin, H. (1987). *Psicología del estrés: un estudio de los hombres de afrontamiento*. Noruega. Elsevier
- López, T. (noviembre, 2011). Diabetes un problema de salud pública. *Boletín Epidemiológico*. 20 (44): 926 – 927.

- Molina, Y. (2008). *Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero – febrero 2008* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/470/Molina\\_gy.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/470/Molina_gy.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Moreno, B. y Ximénez, D. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. (Tesis pre grado). Recuperado de <https://www.uam.es/gruposinv/essalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>
- Núñez, D. (2012). *Las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad en los pacientes atendidos en la Clínica de diabetes del Hospital Enrique Garcés* (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1682/1/T-UCE-0007-41.pdf>
- Nur Aqilah Binti, A. (2010). *Calidad de Vida de la Diabetes Tipo 2*. India: Universidad de la India
- OMS.com, Diabetes [sede Web]. OMS.com; 2011[acceso 23 de junio del 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/).
- Orozco, J. Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena. [sede Web] ;2006 [actualizado 18 agosto 2006; acceso 20 junio del 2014]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/index.htm>.
- Paulise, L. diabetes [sede Web]; 2012 [acceso 23 de junio del 2012]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/diabe/diabe2.shtml>.
- Pérez, D. y Zurita, R. (2014). Calidad de vida laboral en trabajadores de salud pública en Chile. Recuperado de <http://www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/viewFile/179/179>.

- Power, F, Kupper , N. & Adriaanse, R. (febrero, 2010). Does Emotional Stress Cause Type 2 Diabetes Mellitus? A Review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Discovery Medicine*, 3.
- Prados J. La preocupación: teoría e intervención [sede Web]; 2004 [actualizado 17 mayo 2005; acceso 20 junio del 2012]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/4609>.
- Robles, R., Cortazar, J. Sanchez, J. Paez. F. y Nicolini, H. (2008). *Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de México, México. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/1053.pdf>
- Rodríguez, A. (2012). *Estrategias de afrontamiento de pacientes que padecen patologías crónicas* (Tesis de pregrado). Universidad Abierta Interamericana, Argentina. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC105269.pdf>
- Rodríguez, Y. O. (2013). *Estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con diabetes Mellitus tipo 2. Centro médico Ponce, Chimbote, 2014*” (Tesis de posgrado). Universidad Nacional de Santa, Nuevo Chimbote. Recuperado de <http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/3031/30783.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sancho, M. y Vega, J. (2004). Calidad de Vida y satisfacción en la vejez. Una perspectiva psicológica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, págs. 1. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/40568285>
- Smith, D. (1974). Who Gets What Where, and How: A Welfare Focus for Human Geography. *Geography*, 59(4), 289-297. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/40568285>

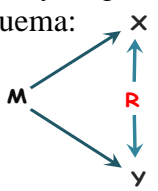
- Spielberger, C. y Sarason, I. (2007). *Estrés y emociones : ansiedad, ira y curiosidad*. Londres, Gran Bretaña: Roudlege Taylor & Francis Group.
- Taylor S. (2007). *Psicología de la salud*. (7.a ed.). México: Mc Graw Hill
- Vázquez, C.; Crespo, M. y Ring, J. (2013) *Estrategias de afrontamiento*. Canadá.
- Recuperado de : [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/2000Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf)
- Veenhoven, R. (1996). Happy Life-Expectancy: A Comprehensive Measure of Quality-of-Life In Nations. *Social Indicators Research*,39(1), 1-58. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/27522942>
- Vingerhoets, J. (1997). *Aspectos psicológicos de los movimientos geográficos: Nostalgia y aculturación estrés*. Amsterdam Academic Archive

# **ANEXOS**

## Matriz de consistencia

**TITULO.** Asociación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los pacientes del hospital II – 2 del Distrito de Tarapoto, Provincia de San Martín.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	FUNDAMENTO TEORICO
<p>¿Existe asociación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus 2 del Hospital II – 2, Tarapoto 2014?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la asociación existente entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los pacientes con DM2 del Hospital II-2 Tarapoto 2014</p> <p><b>Objetivo específico</b> Identificar qué estrategia de afrontamiento es la más frecuente en los pacientes con Diabetes Mellitus 2. Identificar qué estrategia de afrontamiento es la de menor porcentaje en los pacientes con Diabetes Mellitus 2. Conocer las estrategias de afrontamiento adecuadas e inadecuadas presentes en los pacientes con Diabetes Mellitus 2. Identificar la dimensión de calidad de vida más frecuente en los pacientes con Diabetes Mellitus 2. Identificar la dimensión de calidad de vida menos frecuente en los pacientes con Diabetes Mellitus 2. Establecer el indicador de percepción de la dimensión de bienestar general más</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> <b>H<sub>0</sub>:</b> Existe asociación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus 2 del Hospital II-2, Tarapoto – 2014. <b>H<sub>a</sub>:</b> No existe asociación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus 2 del Hospital II-2, Tarapoto – 2014.</p> <p><b>Hipótesis Específica</b> <b>H<sub>1</sub>:</b> La estrategia de afrontamiento de mayor porcentaje es Resolución de problemas en los pacientes con Diabetes Mellitus 2. <b>H<sub>2</sub>:</b> La estrategia de afrontamiento de menor porcentaje es Evitación de problemas en los pacientes con Diabetes Mellitus 2. <b>H<sub>3</sub>:</b> Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes son estrategias de afrontamiento inadecuadas (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social). <b>H<sub>4</sub>:</b> La dimensión de Calidad de vida con mayor porcentaje es Satisfacción con el Tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus 2.</p>	<p><b>Estrategias de Afrontamiento. Vázquez, Crespo y Ring (2013)</b> Son aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.</p> <p><b>Calidad de vida. Pérez y Zurita (2013) define como:</b> [...] la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de</p>

	frecuente en los pacientes con Diabetes Mellitus 2.	<p><b>H5:</b> La dimensión de Calidad de vida con menor porcentaje es Preocupación por aspectos Sociales y Vocacionales en los pacientes con Diabetes Mellitus 2.</p> <p><b>H6:</b> La dimensión de bienestar general en los pacientes con Diabetes Mellitus 2 es Regular.</p>	independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.																	
<b>DISEÑO DE INVESTIGACION</b>	<b>POBLACION Y MUESTRA</b>	<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>	<b>INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS</b>																	
<p>El presente diseño de investigación es No Experimental Transversal Correlacionar, y sigue el siguiente esquema:</p>  <p>Dónde:  <b>M:</b> Muestra  <b>X:</b> Condición de comunicación  <b>Y:</b> tipo de actitud hacia el estudio  <b>R:</b> Coeficiente de Correlación biserial</p>	<p><b>Muestra Universal o Población Muestral</b></p> <p>La población está determinada por pacientes con Diabetes Mellitus 2 del Hospital II – 2 de la ciudad de Tarapoto, que cuenta con 56 pacientes en tratamiento; así mismo la muestra será de 46 pacientes por criterios de inclusión y exclusión.</p>	<p><b>Variables</b>  VD: X Estrategias de afrontamiento  VD Y Calidad de vida</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VARIABLE</th> <th>DIMENSION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="8"><b>Estrategias de afrontamiento</b></td> <td>Resolución de problemas</td> </tr> <tr> <td>Autocrítica</td> </tr> <tr> <td>Expresión emocional</td> </tr> <tr> <td>Pensamiento desiderativo</td> </tr> <tr> <td>Apoyo social</td> </tr> <tr> <td>Reestructuración cognitiva</td> </tr> <tr> <td>Evitación de problemas</td> </tr> <tr> <td>Retirada social</td> </tr> <tr> <td rowspan="5"><b>Calidad de vida</b></td> <td>Satisfacción con el Tratamiento.</td> </tr> <tr> <td>Impacto del tratamiento</td> </tr> <tr> <td>Preocupación por aspectos sociales y vocacionales</td> </tr> <tr> <td>Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes.</td> </tr> <tr> <td>Bienestar general</td> </tr> </tbody> </table>	VARIABLE	DIMENSION	<b>Estrategias de afrontamiento</b>	Resolución de problemas	Autocrítica	Expresión emocional	Pensamiento desiderativo	Apoyo social	Reestructuración cognitiva	Evitación de problemas	Retirada social	<b>Calidad de vida</b>	Satisfacción con el Tratamiento.	Impacto del tratamiento	Preocupación por aspectos sociales y vocacionales	Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes.	Bienestar general	<p>Utilizaré para la recolección de datos los siguientes instrumentos:</p> <p>Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)</p> <p>“Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL” (Rebeca Robles García, Jaqueline Cortázar, Juan José Sánchez-Sosa, Francisco Páez Agraz y Humberto Nicolini Sánchez, 2003)</p>
VARIABLE	DIMENSION																			
<b>Estrategias de afrontamiento</b>	Resolución de problemas																			
	Autocrítica																			
	Expresión emocional																			
	Pensamiento desiderativo																			
	Apoyo social																			
	Reestructuración cognitiva																			
	Evitación de problemas																			
	Retirada social																			
<b>Calidad de vida</b>	Satisfacción con el Tratamiento.																			
	Impacto del tratamiento																			
	Preocupación por aspectos sociales y vocacionales																			
	Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes.																			
	Bienestar general																			



### **Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)**

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2007)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

*0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente*

Esté seguro de que **responda a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

N°	Cuestionario	Respuestas				
1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4

25	Supé lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
	<b>Me consideré capaz de afrontar la situación</b>	0	1	2	3	4

## Versión en español del DQOL

Por favor, lea con cuidado cada pregunta. Por favor indique que tan satisfecho o insatisfecho está con el aspecto de su vida descrito en la pregunta. Circule el círculo que mejor describe cómo se siente. No hay respuesta correcta o incorrecta para estas preguntas. Nos interesa su opinión.

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

Ahora, por favor, indique qué tan frecuentemente le suceden los siguientes eventos. Circule el número apropiado

	Nunca	Muy poco	Algunas Veces	Con Frecuencia	Todo el tiempo
16. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?	1	2	3	4	5
17. ¿Con qué frecuencia se siente avergonzado por tener que tratar su diabetes en público?	1	2	3	4	5
18. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
19. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?	1	2	3	4	5
20. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para dormir?	1	2	3	4	5
21. ¿Con qué frecuencia encuentra que su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3	4	5
22. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
23. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?	1	2	3	4	5
24. ¿Con qué frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una máquina (p. ej., máquina de escribir)?	1	2	3	4	5

25. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?	1	2	3	4	5
26. ¿Con qué frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?	1	2	3	4	5
27. ¿Con qué frecuencia se encuentra usted mismo explicándose qué significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
28. ¿Con qué frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?	1	2	3	4	5
29. ¿Con qué frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
30. ¿Con qué frecuencia siente que por su diabetes va al cuarto de baño más que los demás?	1	2	3	4	5
31. ¿Con qué frecuencia come algo que no debe antes de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
32. ¿Con qué frecuencia esconde a los demás el hecho de que usted está teniendo una reacción insulínica?	1	2	3	4	5

Finalmente, por favor, indique con que frecuencia le ocurren los siguientes eventos. Por favor circule el número que mejor describa sus sentimientos. Si la pregunta no es relevante a usted, circule: no se aplica.

	Nunca	Poco	Algunas veces	Con Frecuencia	Siempre	No se aplica
33. ¿Con qué frecuencia le preocupa si se casará?	1	2	3	4	5	0
34. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0
35. ¿Con qué frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?	1	2	3	4	5	0
36. ¿Con qué frecuencia le preocupa si le será denegado un seguro?	1	2	3	4	5	0
37. ¿Con qué frecuencia le preocupa si será capaz de completar su educación?	1	2	3	4	5	0
38. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el empleo?	1	2	3	4	5	0
39. ¿Con qué frecuencia le preocupa si podrá ir de vacaciones o de viaje?	1	2	3	4	5	0
40. ¿Con qué frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?	1	2	3	4	5	0
41. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0
42. ¿Con qué frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones debidas a su diabetes?	1	2	3	4	5	0
43. ¿Con qué frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0

Comparandose con otras personas de su edad, usted diría que su salud es:	Exelente	Buena	Regular	Mala
--	----------	-------	---------	------

## INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Sánchez del Águila, María del Carmen Elena  
 Institución donde labora : Universidad Cesar Vallejo  
 Especialidad : Docente del departamento de Psicología.  
 Instrumento de evaluación : Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes  
 Autor (s) del instrumento (s) : Diabetes Control and Complications Trial o DCCT

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: <b>Calidad de Vida</b> en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: <b>Calidad de Vida</b>					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: <b>Calidad de Vida</b> ; de manera que permiten hacer inferencias en función a las Hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, Hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: <b>Calidad de Vida</b>				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					48	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

### II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

**El instrumento es válido, puede ser aplicado**

**PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

48

  
 Lic. Carmen Elena Sánchez del Águila  
 PSICOLOGA  
 C. P. 2. 10700

Tarapoto, 25 de Mayo de 2014

## INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Sánchez del Águila, María del Carmen Elena  
 Institución donde labora : Universidad Cesar Vallejo  
 Especialidad : Docente del departamento de Psicología.  
 Instrumento de evaluación : Estrategias de afrontamiento  
 Autor (s) del instrumento (s) : Francisco Javier Cano García

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b> en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b>				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b> de manera que permiten hacer inferencias en función a las Hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, Hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b>				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						46

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

**El instrumento es válido, puede ser aplicado**

**PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

46

Tarapoto, 25 de Mayo de 2014

  
 Mg. Cecilia Sánchez del Águila  
 PSICOLOGA  
 C. P. 7. 12766



**INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**I. DATOS GENERALES**

Apellidos y nombres del experto : Reátegui García, Oscar Roberto  
 Institución donde labora : Centro de Salud Mental  
 Especialidad : Psicólogo Clínico  
 Instrumento de evaluación : Estrategias de afrontamiento  
 Autor (s) del instrumento (s) : Francisco Javier Cano García

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

**MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)**

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b> en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b>				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b> de manera que permiten hacer inferencias en función a las Hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, Hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b>					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					47	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

**IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

**El instrumento es válido, puede ser aplicado**

**PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

47

Tarapoto, 03 de Junio de 2019



**INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**I. DATOS GENERALES**

Apellidos y nombres del experto : Reátegui García, Oscar Roberto  
 Institución donde labora : Centro de Salud Mental  
 Especialidad : Psicólogo Clínico  
 Instrumento de evaluación : Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes  
 Autor (s) del instrumento (s) : Diabetes Control and Complications Trial o DCCT

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

**MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)**

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: <b>Calidad de Vida</b> en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: <b>Calidad de Vida</b>					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: <b>Calidad de Vida</b> ; de manera que permiten hacer inferencias en función a las Hipótesis, problema y objetivos de la investigación					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: <b>Calidad de Vida</b>				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					48	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

**II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

**El instrumento es válido, puede ser aplicado**

**PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

48

Tarapoto, 03 de Junio de 2019

## INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

### II. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Ríos Campos, Susan Mirela  
 Institución donde labora : Universidad Alas Peruanas  
 Especialidad : Docente Encargada del departamento de Psicopedagogía.  
 Instrumento de evaluación : Estrategias de afrontamiento  
 Autor (s) del instrumento (s) : Francisco Javier Cano García

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

**MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)**

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b> en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b>				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b> de manera que permiten hacer inferencias en función a las Hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.					X
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, Hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: <b>Estrategias de Afrontamiento</b>				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

### II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

**El instrumento es válido, puede ser aplicado**

**PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

47

  
**UAP** UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
 Mg. Psic. Susan Mirela Ríos Campos  
 ENCARGADA DEL DEPTO. PSICOPEDAGÓGICO  
 FILIAL TARPOTO

Tarapoto, 25 de mayo de 2019



## INFORME DE OPINIÓN SOBRE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Ríos Campos, Susan Mirela  
 Institución donde labora : Universidad Alas Peruanas  
 Especialidad : Docente Encargada del departamento de Psicopedagogía.  
 Instrumento de evaluación : Cuestionario de Calidad de Vida en Diabetes  
 Autor (s) del instrumento (s) : Diabetes Control and Complications Trial o DCCT

### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: <b>Calidad de Vida</b> en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: <b>Calidad de Vida</b>					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable: <b>Calidad de Vida</b> ; de manera que permiten hacer inferencias en función a las Hipótesis, problema y objetivos de la investigación					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable: <b>Calidad de Vida</b>				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						48

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

**El instrumento es válido, puede ser aplicado**

**PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

48

Tarapoto, 25 de mayo de 2019

  
 Mg. Psic. Susan Mirela Ríos Campos  
 ENCARGADA DEL DEPTO. PSICOPEDAGÓGICO  
 FILIAL TARAPOTO



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección General  
de Intervenciones Estratégicas  
en Salud Pública

PROGRAMA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES  
HOSPITAL DE CONTINGENCIA – BANDA DE SHILCAYO

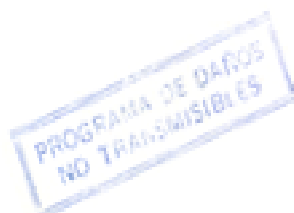
CONSTANCIA

La Coordinadora de Daños no transmisibles, Lic. Mónica Mori Pinedo, del Programa de Daños no Transmisibles del Hospital de Contingencia – Banda de Shilcayo


Hace constar que:

Por medio de la presente; la Srta. Brenda Roxana Boza Torres identificada con DNI N° 47347490, realizó el desarrollo de su investigación “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 DEL HOSPITAL II-2 TARAPOTO – 2014”. En el año en curso.

Se expide la presente constancia a solicitud de los interesados para los fines que crea conveniente.



Tarapoto, 28 de octubre de 2014

  
Mónica Mori Pinedo  
Licenciada en Enfermería  
C.E.P. 48873



**ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD  
DE TESIS**

Código : F06-PP-PR-02.02  
Versión : 09  
Fecha : 23-03-2018  
Página : 1 de 1

Yo, Dione Francis Marín Puelles, docente de la Facultad de Humanidades y Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo - Tarapoto, revisor de la tesis titulada **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 DEL HOSPITAL II - 2 TARAPOTO - 2014"** ,de la estudiante **BOZA TORRES BRENDA ROXANA**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de **20%** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.


El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Tarapoto, 29 de agosto de 2019



**Mg. Dione Francis Marín Puelles**  
**Psicólogo**  
**C.Ps.P. 9711**

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

\*Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus 2 del hospital II - 2 Tarapoto - 2014\*

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**AUTORA:**  
Brenda Roxana Boza Torres










**ASESOR:**  
Dr. Fernando Ruiz Sarvedra

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**  
Psicología clínica y de la salud

**TARAPOTO - PERÚ**  
2019

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

**20**         

Resumen de coincidencias	
<b>20 %</b>	
Coincidencias	
1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante 7 % >
2	redluta.edu.ec Fuente de Internet 3 % >
3	myslide.es Fuente de Internet 1 % >
4	repositorio.uno.edu.pe Fuente de Internet 1 % >
5	repositorio.ula.dech.ed... Fuente de Internet 1 % >
6	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet 1 % >
7	docplayer.es Fuente de Internet 1 % >
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet 1 % >
9	peru21.pe Fuente de Internet <1 % >
10	repositorio.upf.edu.pe Fuente de Internet <1 % >
11	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet <1 % >

Yo, **BOZA TORRES BRENDA ROXANA** identificada con DNI N° 47347490 egresada de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, **autorizo (x)**, No autorizo( ) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado: **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 DEL HOSPITAL II - 2 TARAPOTO - 2014"**; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

  
 FIRMA

DNI: 47347490

FECHA: 20 de mayo del 2019

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA:

Mg. Diones Francis Marín Puelles

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Brenda Roxana Boza Torres

INFORME TITULADO:

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 DEL HOSPITAL II – 2 TARAPOTO 2014”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

SUSTENTADO EN FECHA: 04 de diciembre de 2014

NOTA O MENCIÓN: 11



Mg. Diones Francis Marín Puelles  
Coordinador de la Escuela Profesional de Psicología  
UCV - Tarapoto