



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Calidad y Estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19. Centro de Salud Materno "Santa Catalina".

**TESIS PARA OBTENER GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTOR:

Pairazaman Carrascal, Carlos Arturo (ORCID: 0000-0002-8849-0678)

ASESORA:

Dra. Lora Loza, Miryam Griselda (ORCID: 000-0001-5099-1314)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión de riesgo en salud

TRUJILLO - PERÚ

2021

Dedicatoria

A DIOS

De lo más profundo de mi corazón porque me ha conservado con vida, con salud, me guía y cuida; a quien le debo todo lo que soy y lo que seré en la vida, porque nunca me ha dejado solo, porque siempre está en los momentos que más lo necesito.

A mis padres.

A Patricia, mi esposa.

A Joaquín, mi hijo.

A Sara, mi hermana.

Quienes son el motivo suficiente para seguir esforzándome en mi vida profesional.

Carlos A. Pairazaman Carrascal

Agradecimiento

A mi asesora

Dra. Miryam Griselda Lora Loza, por compartirme su conocimiento, por su paciencia, simpatía y comprensión, por brindar su tiempo para guiarme día a día, en la realización y culminación del presente trabajo de investigación.

A los docentes de Postgrado

Por su orientación y su aporte con las herramientas necesarias para la elaboración y ejecución del presente trabajo de investigación.

Al personal de salud del Centro Materno Santa Catalina

Por darme las facilidades para poder realizar la presente investigación, en especial al personal del programa de no transmisibles por su valiosa participación en el presente estudio.

Carlos A. Pairazaman Carrascal

Índice de contenidos

	Pág.
Dedicatorias	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MARCO TEÓRICO	06
III. METODOLOGÍA	16
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	16
3.2 Variables y Operacionalización	16
3.3 Población (criterios de selección), muestreo, unidad de análisis	18
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.5 Procedimientos	21
3.6 Método de análisis de datos	21
3.7 Aspectos éticos	22
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN	27
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla 1	<i>La relación entre la Calidad y Estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.</i>	30
Tabla 2	<i>La relación entre el tipo de nutrición, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.</i>	31
Tabla 3	<i>La relación entre el tipo de práctica de ejercicios físicos, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.</i>	32
Tabla 4	<i>La relación entre la responsabilidad en salud, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.</i>	33
Tabla 5	<i>La relación entre el tipo de manejo del estrés, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.</i>	34
Tabla 6	<i>La relación entre el tipo de soporte interpersonal, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.</i>	35
Tabla 7	<i>La relación entre la autoactualización, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.</i>	36

RESUMEN

Con el COVID-19, más del 75,0% de los pacientes con diabetes tipo-2 en el mundo dejaron de ser atendidos directa o indirectamente por los establecimientos de salud, desconociéndose hasta qué punto se afectó su calidad de vida y la relación de ésta con sus estilos de vida. Con el objetivo de determinar la relación entre calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”, se desarrolló una investigación descriptiva-correlacional de diseño trasversal, involucrando a 115 pacientes que aplicaron para dos cuestionarios estructurados, encontrándose la calidad de vida, Buena (58,3%) y los estilos de vida, No saludables (92,2%); la nutrición, No saludable (74,8%); el ejercicio, No saludable (84,3%); responsabilidad en salud, No saludable (97,4%); manejo del estrés, No saludable (93,9%); soporte interpersonal, No saludable (75,7%) y autoactualización, Saludable (97,4%). Se concluye que existe relación inversa pero significativa entre la calidad de vida con los estilos de vida a nivel general (SpR $-0,339$ y $p < 0,001$) y con sus dimensiones de nutrición (SpR $-0,301$ y $p < 0,05$), ejercicios (SpR $-0,209$ y $p < 0,05$), responsabilidad en salud (SpR $-0,225$ y $p < 0,05$) y el manejo del estrés (SpR $-0,371$ y $p < 0,001$). La relación entre la calidad de vida con la autoactualización es significativa pero positiva (SpR $0,225$ y $p < 0,05$), mientras que el soporte interpersonal no se relaciona significativamente (SpR $0,032$ y $p > 0,05$), con la calidad de vida en pacientes con diabetes Tipo-2.

Palabras clave: Calidad de vida, estilos de vida, diabetes.

ABSTRACT

With COVID-19, more than 75.0% of patients with type-2 diabetes in the world stopped being cared for directly or indirectly by health establishments, it is unknown to what extent their quality of life and the relationship between this one with their lifestyles. In order to determine the relationship between quality and lifestyles in patients with type-2 diabetes, in times of COVID-19 from the Santa Catalina Maternal Health Center, a descriptive-correlational research and cross-sectional design were developed, involving 115 patients who applied for two structured questionnaires, finding that Good quality of life (58.3%) and Unhealthy lifestyles (92.2%); nutrition, Unhealthy (74.8%); exercise, Unhealthy (84.3%); responsibility in health, Unhealthy (97.4%); stress management, Unhealthy (93.9%); interpersonal support, Unhealthy (75.7%) and self-actualization, Healthy (97.4%). It is concluded that there is an inverse but significant relationship between quality of life and lifestyles at a general level (SpR -, 339 and $p < 0.001$) and with its nutrition dimensions (SpR -, 301 and $p < 0.05$), exercises (SpR -, 209 and $p < 0.05$), responsibility in health (SpR -, 225 and $p < 0.05$) and stress management (SpR -, 371 and $p < 0.001$). The relationship between quality of life and self-actualization is significant but positive (SpR, 225 and $p < 0.05$), while interpersonal support is not significantly related (SpR, 032 and $p > 0.05$), with quality of life in patients with Type-2 diabetes.

Keywords: Quality of life, lifestyles, diabetes.

I. INTRODUCCIÓN

Más allá de todo presupuesto teórico o supuesto empírico biomédico al que podamos referenciar al hablar del cuidado del paciente con diabetes tipo-2, el COVID-19 rebasó todos los límites considerados permisibles o aceptables para controlar y brindar asistencia sanitaria ambulatoria u hospitalaria en dichos pacientes. Más del 75,0% de las personas con diabetes tipo-2 en el mundo dejaron de ser atendidos directa o indirectamente, desconociéndose hasta qué punto afectó su calidad de vida y la relación de ésta con el estilo de vida. Las instituciones de salud a nivel mundial solo están atinando a brindar recomendaciones que no pueden ser aplicadas correctamente, por las limitaciones de la atención online o telefónica, descargándose una gran avalancha de reclamos e indignaciones por los tratamientos que en gran parte de las naciones menos favorecidas pueden ser considerados hasta discriminatorios e inhumanos (WHO, 2020).

Los problemas se agravaron porque la calidad de vida de la gente depende de los estilos de vida forjados desde la infancia y la adolescencia, consolidados a lo largo de toda la vida y que hoy han quedado inactivos debido a las políticas de confinamiento y distanciamiento social, pero, fundamentalmente, a las modificaciones en las prioridades de los servicios la salud. Son muy pocos los países que no han modificado drásticamente sus prioridades en sus políticas nacionales de atención, especialmente países altamente desarrollados como China, Japón, Rusia, Alemania, Canadá y, en menor medida, Australia, Estados Unidos de Norte América y algunos países de Europa como Suecia y Suiza (CMA, 2020).

Muchas personas que tienen diagnóstico de diabetes tipo-2, cambiaron hace mucho tiempo sus comportamientos e iniciaron sus procesos de adaptación a su nueva realidad; sin embargo, el COVID-19 ha roto o interrumpido sus procesos para obligarlos a cambiar nuevamente de comportamientos, desconociéndose hasta qué punto pueda estar afectando su calidad de vida, toda vez que el confinamiento social obligatorio y las

llamadas “políticas sanitarias anti COVID-19”, les han recortado los programas atención hospitalaria, de ejercitamiento físico o del seguimiento y monitoreo de la enfermedad que se le brindaba. También ha interrumpido el asesoramiento para sus programas alimenticios y nutricionales, muchos de ellos brindados en los ambientes de los establecimientos de salud. (Gupta et al., 2020).

Inclusive, ahora ni las encuestas europeas de los estilos de vida se están llevando a cabo priorizando las políticas de atención a la pandemia del COVID-19. Los presupuestos asignados para el área han sido transferidos para atender la demanda de la coyuntura actual. África y Asia retiraron sus presupuestos para avocarlos a una atención virtual o telefónica defectuosa ya que todo paciente no tiene las condiciones para establecer la intercomunicación con las instituciones de salud a nivel virtual. América Latina no ha retirado en términos formales sus presupuestos asignados a los programas de atención, capacitación, seguimiento y monitoreo de la diabetes y otras enfermedades similares; sin embargo, sí lo ha hecho en términos reales, ya que no se observa ninguna actividad al respecto ni siquiera vía telefónica ni online. Argentina, Uruguay y Chile son los países que le están dando continuidad a los programas para atender y asistir sanitariamente, más no en la misma magnitud con que lo hacían antes del COVID-19 (Kumar et al., 2020).

En el Perú, las políticas relativas a la atención de la diabetes tipo-2 son muy erráticas y cambiantes, ya que han tenido una gran necesidad de desprenderse de su personal especializados sin capacidad para poder reponerlos o de reemprender los programas de atención y asistencia sanitaria. Se utilizan micropolíticas de información despersonalizadas utilizando los medios informativos masivos, tratando por todos los medios de evitar el acercamiento de los pacientes a los establecimientos de salud, constituyéndose en el principal obstáculo para que el paciente pueda acceder a ellos. De hecho, más del 60% de la población a nivel general fue desatendida totalmente, sobre todo, en los meses más álgidos de la COVID-

19 y está latente la amenaza de continuar así porque no se encuentra una estrategia adecuada ni al personal preparado para enfrentar el COVID-19 en correspondencia con la continuación de los programas asistenciales y sanitarios de la diabetes tipo-2 y otras enfermedades médico-sociales como el SIDA, Tuberculosis, Dengue, obesidad, desnutrición, etc. (Villena, 2020).

En el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”, los programas de atención y asistencia sanitaria para pacientes con diabetes tipo-2 también sufrieron cambios significativos con el advenimiento del COVID-19, 53% de ellos no pudieron ser atendidos a pesar de que presentaron complicaciones y que, por falta de criterios para clasificarlas o definir las claramente en el diagnóstico, no se dio prioridad a su atención. Se pasó a la atención virtual y telefónica, sin considerar la continuación de los programas de control metabólico presenciales, así como de seguimiento de la calidad de vida o de los cambios de sus comportamientos que definen, a fin de cuentas, sus estilos de vida.

El control glucémico y el manejo de riesgo cardiovascular rara vez están al servicio del paciente, se ha trabado el acceso a estos, desconociéndose incluso el número de pacientes que se contagiaron realmente con COVID-19 y si fallecieron en el proceso. Es decir, la articulación de los sistemas de gestión para la interacción con el paciente se ha quedado fuera de servicio por no contar con estrategias o políticas de gestión alternativas para enfrentar las contingencias y que nos permitan reencaminar la atención y asistencia al paciente, en correspondencia con las necesidades que sus procesos de salud enfermedad presentan (Villena, 2020).

En este contexto se creyó pertinente realizar la presente investigación con base en el siguiente problema: *¿Cuál es la relación entre la calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” en tiempos de COVID-19?*

La investigación teóricamente se justifica porque aborda un área temática descuidada en tiempos de COVID-19. En tal sentido, permitirá desarrollar los conceptos médicos sociales que atribuyen funcionabilidad al manejo de la relación entre calidad y estilos de vida en periodo de COVID-19. Metodológicamente, la investigación sigue las pautas de las investigaciones descriptivas correlacionales que persiguen describir razones cruzadas para explicar la correlación entre las variables. Desde ese punto de vista, la investigación contribuirá a la afirmación de dichos procesos de investigación en situaciones especiales como la que plantea el COVID-19. Desde la perspectiva médico-social, este trabajo perfila sus objetivos para que los resultados puedan contribuir a la elaboración de nuevas políticas de gestión en la atención al paciente con diabetes tipo-2 en la región la Libertad. Desde la perspectiva práctica, este trabajo de investigación busca determinar las relaciones y correlaciones entre la calidad y estilos de vida en tiempos de COVID-19 en enfermos con diabetes tipo-2 atendidos en un establecimiento de salud de nivel intermedio, como lo es el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” del distrito de San Pedro de Lloc - Perú.

El planteamiento del problema de investigación y su perspectiva investigativa permitió plantear como hipótesis inicial de estudio si existe una relación significativa entre la calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 en tiempos de COVID-19, atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”. Consecuentemente, se planteó que la investigación sea orientada a través del siguiente objetivo general: Determinar la relación entre la calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 en tiempos de COVID-19, atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.

En términos de objetivos específicos, la investigación planteó: a) Establecer la relación entre el tipo de nutrición, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 en tiempos de COVID-19, atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”; b) Establecer la relación entre el tipo de práctica de ejercicios físicos, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 en tiempos

de COVID-19, atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”; c) Establecer la relación entre la responsabilidad en salud, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 en tiempos de COVID-19, atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”; d) Establecer la relación entre el tipo de manejo del estrés, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 en tiempos de COVID-19, atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”; e) Establecer la relación entre el tipo de soporte interpersonal, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 en tiempos de COVID-19, atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”; f) Establecer la relación entre la autoactualización, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2 en tiempos de COVID-19, atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.

II. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se presentan antecedentes empíricos que nos ayudan a interpretar los resultados del estudio, mas no nos sirven para el contraste de los resultados escalares, sencillamente porque no fueron realizados bajo el contexto COVID-19, permitiéndonos solo extraer de ellos el manejo que han tenido sobre las variables en estudio. A continuación, se describe el estado del arte de las variables calidad de vida y estilos de vida, asumiendo una postura crítica que marca la línea de trabajo analítico sobre nuestros resultados.

En el plano internacional, el trabajo de Aschalew et al. (Etiopía, 2020), que planteó como propósito evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los factores asociados de los pacientes diabéticos en el hospital de referencia de la Universidad de Gondor. La investigación descriptiva de diseño transversal involucró a 408 pacientes con diabetes mellitus que aplicaron para el cuestionario genérico de la calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF), cuyo resultado con respecto a la calidad a la calidad de vida fue Buena (41,91%). Las puntuaciones de CVRS buenos para los dominios físicos (50,9%), psicológicos (54,5%), social (55,8%) y ambiental (47,3%). Concluyeron que la vejez, el desempleo, la soltería y la viudez son los factores que están asociados significativamente ($p < 0,05$) a la calidad de vida en lo que se refiere a la salud.

En su investigación de Thapa et al. (Nepal, 2019), se propusieron analizar la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo-2 en la zona rural de Beniyani, distrito de Jhapa. La investigación evaluativa de diseño transversal involucró a 102 pacientes, quienes aplicaron para la encuesta de salud comunitaria (FCHV), encontrando como resultado que la puntuación media (DE) de calidad de vida más alta se registró en el dominio de carga social ($56,26 \pm 12,07$). Se concluye que existe correlación inversa entre la edad y los dominios de funcionamiento sexual ($p = 0,001$) y energía y movilidad ($p = 0,002$), existe diferencia significativa por sexo en el

funcionamiento sexual ($p = 0,002$), nivel educativo en el control de la diabetes ($p = 0,021$), hábito de fumar en energía y movilidad ($p = 0,038$), duración de la enfermedad en el control de la diabetes ($p = 0,002$) y funcionamiento sexual ($p = 0,001$). Hay presencia de comorbilidad en la carga social ($p = 0,034$) e historia familiar de diabetes en ansiedad y preocupación ($p = 0,042$).

También se cuenta con el trabajo de Britez y Torres (Paraguay, 2017), quienes se propusieron determinar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo-2 que se atienden en el departamento de medicina interna del Hospital Nacional (Itaugua). La investigación descriptiva observacional involucro a 101 pacientes encontrando como resultado que el 51% presenta una Buena calidad de vida relacionada con su salud, los aspectos más afectados fueron; energía y movilidad (60%), ansiedad-preocupación (62%) y funcionamiento sexual (66%). Se concluye que es alto el porcentaje de pacientes (49%) que presentan una mala calidad de vida relacionada con su salud.

Por su parte, Maradiaga et al. (Honduras, 2017), se propuso evaluar la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo-2 atendidos en el Instituto Nacional del Diabético de Tegucigalpa. La investigación evaluativa de diseño trasversal involucró a 350 pacientes, quienes aplicaron para el cuestionario EsDQOL-2017, encontrando como resultado una Buena calidad de vida (61%), la subescala de satisfacción fue alta (44%), impacto Alto (51%), preocupación social o vocacional Bajo (56%) y la preocupación relacionado con la diabetes Baja en un (84%). Las conclusiones demuestran que la calidad de vida de los sujetos con diabetes tipo-2 es percibida mayoritariamente como Buena.

A nivel nacional se encontró el trabajo de Camarena (Perú, 2020), quien se propuso determinar la calidad de vida en pacientes diabéticos con COVID-19 del servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima. La investigación descriptiva de diseño trasversal involucró a 102 pacientes, los mismos que aplicaron para el cuestionario de diabetes 39-D39 de Boyer,

cuyos resultados arrojan que la calidad de vida es preponderantemente Media tanto a nivel general (59,8%), como respecto de los dominios de energía y movilidad (67,6%), control de diabetes (59,8%), ansiedad y preocupación (58,8%), sobrecarga social (56,9%) y función sexual (64,7%). Concluyó que los pacientes diabéticos con COVID-19 obtuvieron un rango medio en su calidad de vida, tanto a nivel general como en todos sus dominios.

Asimismo, se cuenta con el trabajo de Ayte (Perú, 2018), quien se propuso identificar los estilos de vida en usuarios con diabetes mellitus tipo-2, atendidos en los consultorios externos del Hospital San Juan de Lurigancho. La investigación descriptiva de diseño trasversal involucró a 142 pacientes, quienes aplicaron para el cuestionario de diabetes mellitus tipo-2 (IMEVID), encontrando como resultados a un (76,8%) con estilos de vida no saludables. También fueron no saludables los estilos de vida en cuanto a hábitos nutricionales (76,1%); hábitos nocivos (89,4%); manejo de información sobre diabetes (88%); y estado emocional (69,7%). Se concluye que los sujetos con diabetes tipo-2 considerados en el estudio tuvieron, en general, una práctica de estilos de vida no saludables.

En el trabajo de Castillo (Perú, 2018), el propósito fue identificar el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus que se atienden en consultorios externos de medicina interna del Hospital de Ventanilla. La investigación descriptiva de diseño trasversal, involucro a 156 pacientes que aplicaron para el cuestionario de estilos de vida (CEVPD), encontrándose con (97%) de pacientes con estilos de vida inadecuados, el consumo de frutas al día fue Bajo (56,41%), la práctica de actividad física Bajo (68,6%), el consumo de azúcar, sal, grasas o comida chatarra, Alto (41,03%), el consumo de alcohol Alto (42,95%), consumo de café y gaseosa Alto (41,03%). Se concluye que los pacientes con diabetes mellitus llevan estilos de vida inadecuados.

En el estudio de Torres (Perú, 2018) el propósito fue identificar la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con diabetes tipo-2 atendidos en el Centro de Salud Faucett-Callao. La investigación descriptiva

de diseño transversal involucró a 40 pacientes, quienes aplicaron para el cuestionario de calidad de vida (EsDQOL), encontrándose como resultados una calidad de vida Regular (47%); los dominios de la calidad de vida fueron regulares: satisfacción relacionada con la salud (55,0%); impacto (52,0%); preocupación relacionada con la diabetes (45,0%); y la preocupación social y vocacional en (50,0%). Se concluye que los pacientes con diabetes tipo-2 obtuvieron el mayor porcentaje en el nivel Regular calidad de vida.

En el trabajo de Culque (Perú, 2018), el objetivo fue identificar los estilos de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo-2 atendidos en el servicio de endocrinología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Callao. La investigación descriptiva de diseño transversal involucró a 80 pacientes, quienes aplicaron para el cuestionario de IMEVID, cuyos resultados arrojaron que el 67,5% practica un estilo de vida moderadamente saludable, los dominios de la actividad física (100%) de inadecuado, el estado emocional (87,5%) inadecuado y la información sobre la diabetes (86%) inadecuada. Se concluye que los pacientes con diabetes mellitus tipo-2 practican estilos de vida inadecuados.

En estos trabajos se refieren tangencialmente a la calidad de vida como un concepto variado y diverso que depende más de la forma como las personas perciben sus condiciones de vida material y espiritual en un momento determinado, con relación a su estado de bienestar, antes que de acuerdo con sus expectativas individuales o grupales. La percepción de la calidad de vida se convierte así en una estructura mental de carácter individual, útil para evaluar el desarrollo relativo que van alcanzado las personas en sus vidas (Schalock y Verdugo, 2003). Es decir, el concepto de calidad de vida se emplea con pretensión de objetividad, pero no de lo que se ha avanzado de un conjunto de acuerdos convencionales. Debemos entender por ello que dicho concepto carece de permanencia y que es susceptible de modificaciones que pueden llegar a ser importantes para la vida de las personas (Schalock y Verdugo, 2003; Corbacho et al., 2019).

Desde otro punto de vista, define a la calidad de vida como un concepto carente de vigencia universal. No es lo mismo hablar de calidad de vida de un paciente diabético promedio en Perú con la de diabético promedio de Canadá o de EE. UU, China, Rusia, Reino Unido, Alemania y Japón, o de Bolivia, El Salvador, Nicaragua, Argentina, Chile, etc. El conjunto de necesidades satisfechas o insatisfechas son las diferenciales del concepto que guardan relación o se asocian con los aspectos de la realidad socioeconómica, política, física, climática, cultural y sus costumbres, comportamientos, hábitos de vida, etc. (Schallock y Verdugo, 2003; Association, A. P., 2020).

También es un concepto que se usa para comparar condiciones de vida material y espiritual, lo que puede resultar arbitrario. Sin embargo, la importancia de las variaciones que asume el concepto no lo invalida como tal, ya que los distintos niveles que se le atribuye para su categorización parecen estar establecidos en función no solo de la población o grupos específicos de un área geopolítica determinada, sino también por las distintas características que estas presentan y representan en la vida de las personas. De allí que una ponderación de ventajas y desventajas podría definir el concepto mismo y justificar su calificación en función del tipo de las desigualdades que se plantean entre sus pares. Esto requiere de un manejo mínimo de criterios de calificaciones en función de cómo y para qué medir la calidad de vida de la gente (Schallock y Verdugo, 2003; Molina, 2020).

Dos elementos importantes intervienen en este proceso: la capacidad para disponer de, por ejemplo, servicios básicos, trabajo, vivienda, recreación, un ambiente climático saludable, contar con servicios de educación, salud, etc.; y la capacidad de encontrarse vinculado con el resto de la comunidad mediante la utilización de un mismo idioma hablado, leído o escrito. Esta estructura del concepto de la calidad de vida analiza la forma en que los indicadores de alimentación, salud, educación, empleo, por ejemplo, afectan al contexto social en que se vive y, específicamente, a un grupo social determinado, para que pueda considerar la categorización de calidad de vida buena y encuentre una correspondencia lógica con una vida satisfactoria, a

pesar que este expresando distintos puntos de vistas, impresiones falsas de las condiciones de vida material o conformismos con una realidad que no puede ser comparada y que es la única que se conoce (Schalock y Verdugo, 2003; Molina, 2020; Pimienta, 2020).

Por su parte, los estilos de vida son definidos por la OMS (2019), como una determinante social de la salud caracterizada por la forma de vida que llevan las personas en interacción con sus condiciones de existencia material y sus patrones individuales de conductas. Sus formas de expresión social responden al tipo de actividad física que realizan, su alimentación, el consumo de alcohol y drogas, etc. (WHO, 2019).

En los pacientes diabéticos, los estilos de vida se comportan como factores determinantes de la presencia o no de complicaciones de la enfermedad y del aumento de la mortalidad, de allí su importancia para las políticas de gestión en salud pública. En esta línea interpretativa, la OPS/OMS (2019) llegan a considerar a la diabetes como una pandemia alimentada por malos estilos de vida de las personas. Este supuesto está basado en el avance vertiginoso de la diabetes de 422 millones de casos en el mundo en el 2014 a cerca de 600 millones de casos en el 2019. Es decir, aproximadamente 1 de cada 11 personas a nivel mundial sufren de la enfermedad y América Latina es la zona geopolítica donde más avanza dicha pandemia (OPS/OMS, 2019).

Entre otros determinantes sociales de los estilos de vida que concurren en la propagación de la diabetes tenemos la falta de actividad física y los hábitos alimenticios no saludables. Estos elementos son responsables de la ganancia de peso, obesidad abdominal y sedentarismo, entre otros. También se está considerando a la carga genética como elemento clave para el avance de la enfermedad (CARE, 2019; Haslam et al., 2018).

Los costos que acarrearán estos elementos a los sistemas de salud y las economías de los países que lo sufren son muy altos, ya que sugieren la

puesta en marcha de programas especializados y el cambio de los perfiles de los servicios de salud. Este perfil debe estar de acuerdo con las necesidades de la atención para la disminución de riesgos microvasculares (enfermedades oculares y renales) a través del control de la glucemia y la presión arterial; macrovasculares (coronario, cerebrovascular, vascular periférico) mediante el control de la cantidad de lípidos y la hipertensión; para la reducción del riesgo; y del riesgo metabólico neurológico mediante el control de la glucemia. Estos elementos son acompañados por programas educativos, comunicacionales e informativos, capaces de garantizar el éxito de los programas de tratamiento de la enfermedad, así como la prevención de las complicaciones de la misma (Ordoñez et al., 2019).

En esta lógica del análisis, los estilos de vida asociados a los pacientes diabéticos se definen como procesos médicos sociales caracterizados por comportamientos, conductas y hábitos y costumbres tradicionales, que ponen en peligro la salud y el bienestar biopsicosocial de la gente (Corbacho et al., 2019).

Las dimensiones de los estilos de vida más reconocidas en el mundo son las siguientes: nutrición, práctica de ejercicios físicos, responsabilidad respecto del cuidado de la salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y la autoactualización (Franssen y col, 2015). **La nutrición** es uno de los tópicos de mayor relevancia en la definición de los estilos de vida de las personas, referencia la forma en que la malnutrición se refleja en el estado de salud-enfermedad de los sujetos y las consecuencias que de esto se desprenden (FAO, OPS, WFP Y UNICEF, 2019).

Esta dimensión de los estilos de vida obliga a conceder gran importancia a los temas como la diabetes, obesidad y muchos otros, ya que puede considerarse a la mal nutrición como el punto de partida para trabajar los temas de seguridad alimentaria, las previsiones de la oferta y demanda de alimentos, las perspectivas relacionadas con la necesidad de incrementar las áreas cultivables y de mejorar los sistemas de cultivo (semillas, fertilizantes),

el cambio en la dinámica de la comercialización y la razonable incentivación económicas al productor y comerciantes. De ello depende el tipo de dieta, la frecuencia en que se consume y la calidad de los alimentos que se ingieren (FAO, CEPAL, 2020).

Si observamos más allá del significado basal del concepto “nutrición”, entramos al estudio de los determinantes sociales de la salud nutricional que intervienen en la producción de los nutrientes básicos para la vida de las personas, por ejemplo, el aumento de las tierras de cultivo, que guarda relación con la forma en que se deparaban los bosques y la forestación virgen, y con la forma como las ciudades reemplazan las áreas cultivables por calles de cementos, etc. Es decir, el concepto mismo de la nutrición referencia fenómenos universales que requieren un tratamiento especial, ya que la recuperación de tierras tiene un costo significativo menor que la depredación de los bosques vírgenes para generar otras áreas de cultivo (Galanakis, 2020).

También referencia los costos onerosos que generan la enfermedad de las tierras de cultivo por el mal uso de insecticidas o pesticidas, de irrigaciones mal estructuradas, trayendo a colación las malas políticas estatales sobre la calidad de los alimentos que se generan (FAO, OPS, WFP Y UNICEF, 2020).

En este sentido, la nutrición no es más que una representación social de los comportamientos e impulsos que las sociedades reciben sobre la producción de los alimentos y el uso de las tecnologías, en función de cada zona en que se toma en cuenta. Muchos asumen que el concepto de nutrición es parte de los estilos de vida porque ilustra sobre las experiencias que las personas han vivido durante su existencia social y no de los programas de conservación de suelo, aguas y políticas de conservación de tierra, pues señalan que este concepto es más un tema que depende de la percepción subjetiva de las personas, pero en dicha percepción se conjugan las formas de los comportamientos nutricionales, gustos y necesidades, así como condiciones para acceder a determinados productos (FAO, CEPAL, 2020).

Esto significa que existe una estructura de percepción de los patrones nutricionales, los mismos que partirían del tipo de consumo de alimentos, ya que estos motivan a conformidades, costumbres y a desarrollar nuevas posibilidades para gozar del consumo de ciertos alimentos que gozan de las preferencias de las personas. El rol de los medios de comunicación y la efectividad de las políticas de los Estados para promover determinados patrones de consumo están en correspondencias con los intereses económicos, políticos y culturales de las naciones o los pueblos, los que tienen un peso muy importante en los hábitos alimenticios y nutricionales de las personas (Haslam et al., 2018).

La práctica de ejercicios físicos, como dimensión de los estilos de vida, se define como referencia comparativa del aumento de la eficiencia del funcionamiento corporal de una persona. El supuesto es que cuando la persona no desarrolla actividad física alguna está predispuesta a contraer enfermedades, cardiopatías, hipertensión, obesidad, etc. Sus implicancias para personas enfermas y sanas se encuentran en la prevención de enfermedad y recuperación de la salud (CSD, 2010).

Las personas físicamente aptas son menos propensas a presentar problemas cardiacos, hipertensión, obesidad, etc. porque disminuyen los factores de riesgo que predisponen a estos trastornos. Las personas que se están recuperando de alguna enfermedad mejoran sus posibilidades de supervivencia y las personas que padecen diabetes, por ejemplo, suelen mejorar su calidad de vida con mayor rapidez. A menos que se considere necesario someterse a un programa deportivo enérgico para obtener estos beneficios, se ha comprobado que con tres sesiones semanales de media hora, durante 6 semanas de actividad física como la natación, trote, ciclismo o calistenia seguida de un plan de conservación, una o dos veces a la semana, se mejora en forma importante la actitud de las personas en todos sus aspectos (ONU, 2020).

Muchas enfermedades requieren de periodos prolongados de reposo, sin embargo, algunos de estos procesos pueden causar la pérdida de la movilidad o parálisis de ciertas partes del cuerpo, por eso, algunas personas que necesiten guardar reposo requerirán ejercitar las partes de su cuerpo para acelerar su recuperación y el aumento gradual de su estado de bienestar físico (Brooks et al., 2020).

Estos supuestos se basan fundamentalmente en el manejo de 6 grandes partes móviles del cuerpo humano: cabeza, tronco, brazos (2) y piernas (2). También incluyen otras partes muy pequeñas, como manos y pies, que forman parte de una mayor porción del cuerpo que puede moverse independientemente de cualquier otra zona. Estas regiones del cuerpo pueden realizar diversos movimientos como abducción aducción, flexión, extensión, hiperextensión, deslizamiento, rotación, circulación, pronación, supinación, inversión y eversión (Frizziero, et al., 2014).

Todos ellos generan diversos movimientos que son posibles gracias a las articulaciones que une a un hueso con otro. En el cuerpo hay algunas zonas que no tienen movilidad, como las que une los huesos del cráneo. El propósito de las articulaciones es servir de bisagras para que el cuerpo humano se mueva. Las articulaciones móviles se proyectan para hacer movimientos, pero tienen límites. Sin embargo, estas articulaciones se les conoce como las articulaciones bisagras, pivote, condiloide, ensilla, esférica y artrodia o de desplazamiento, todas ellas hacen posibles los movimientos que genera el cuerpo en varios planos, que suelen describir posiciones verticales, anatómicas, etc., según las habilidades motoras que se utilicen o desarrollen para controlar estos movimientos (Games, 2017).

La responsabilidad en salud es otra dimensión de los estilos de vida que pondera la necesidad de protección y seguridad frente a los factores que afectan la capacidad de la persona para protegerse. El supuesto es que el ser humano, por su capacidad de ver, escuchar, oler, gustar y sentir a través del tacto, puede darse cuenta de los peligros del contexto. El deterioro paulatino

de los receptores nerviosos que transportan esos estímulos al sistema nervioso central o al que proviene de este o de la capacidad para interpretar estos estímulos, tiende a disminuir la actitud para sentir los factores poco favorables o potencialmente desfavorables del contexto (Ordoñez, et al, 2019; Kapes et al, 2018; Garcia, Massoni y Villeval, 2020)

Las personas con una visión o predisposición limitada para el cuidado de su salud no son capaces de escuchar las advertencias para el cuidado de su salud. Un sujeto que ha perdido su capacidad de oler no podrá advertir la presencia de tóxicos. La pérdida del gusto impide que los individuos descubran el sabor que tienen los alimentos conservados inadecuadamente. Un sujeto que ha perdido el tacto no percibirá los estímulos para advertir el fuego o exponerse a temperaturas muy bajas o altas (Corbacho et al., 2019).

Si las capacidades mentales de las personas están alteradas o dañadas por cualquier causa, va a disminuir su capacidad sensorial para impetrar cualquier estímulo. Las personas que sufren insomnio, por ejemplo, suelen presentar una disminución importante de su capacidad sensorial. Una persona somnolienta constituye un peligro cuando conduce un auto, una motocicleta u otro vehículo de transporte de personas o carga, puesto que su capacidad sensorial está saturada y quizás no vea el peligro que corre. Cuando el estado de consciencia se altera afecta la capacidad del sujeto para percibir estímulos del medio y procesarlos de manera adecuada en el organismo (Association, A.P. 2020).

Este supuesto hace que la responsabilidad en salud se califique a través de prioridades para la prevención de accidentes o lesiones, así como por las formas en que se asumen precauciones adecuadas en forma premeditada. Es decir, existe una valoración de las previsiones según los supuestos de protección, conocimiento, habilidades y destrezas para orientarse en todas las actividades de la vida. Así, las responsabilidades en salud se expresarían en términos de prevención de acontecimientos desagradables, así como por la naturaleza de los planes para resguardarse de los peligros que rodea; sin embargo, también respondería a la forma como

las personas revaloran sus capacidades para protegerse de los peligros que lo rodean y modificar sus planes de vida (García et al., 2020).

En este proceso concurren de manera significativa el deseo de seguridad que engendra del temor a enfermar o morir, el temor a lo nuevo, a las contingencias del futuro y a lo desconocido. Si las apetencias de nuevas experiencias suelen crear estilos de vida diferenciados, el deseo de seguridad tiende a formar comportamientos y actitudes conservadoras, moderadas, apegados a una especie de orden o normalidad preestablecida. Estas personas son formadas así desde su niñez y así fueron consolidándolo durante su adolescencia, por eso se conforman con lo que existe y temen a la reforma y a los nuevos ensayos (LeDoux, 2012).

Desde este punto de vista, la responsabilidad en salud se representa como estructuras arraiga en la naturaleza humana y encuentran su óptimo desarrollo en la plena convivencia social. El grado de identificación y simpatía con lo que se hace o se deja de hacer marca el nivel de responsabilidad en salud y robustece ciertamente la firmeza y seguridad con que el individuo se enfrenta a las contingencias de la vida diaria (Mobbs et al., 2015).

Los comportamientos y las actitudes irresponsables en salud son expresiones discrepantes del criterio social de normalidad y suele fomentar algunas formas de extrañamiento social, aislamiento moral y espiritual o, finalmente, apartamiento físico que pueden dar lugar a estados de ansiedad, muchas veces neuróticos, o pueden engendrar fobias irracionales hacia las cosas, valores o situaciones que ocasionan el desajuste de la personalidad (Jetten, 2017).

De esa forma, los mecanismos adversos de la responsabilidad en salud pueden observarse no sólo en la tendencia compulsiva a la sumisión y dominio, sino también a través de los impulsos sadomasoquistas que se resuelven al transformarse en una parte en la que el individuo deja de lado su orgullo y toda su fuerza de responsabilidad y se despoja de su libertad,

ganando una seguridad que no tenía antes y el orgullo por la participación en el poder en que se ve envuelto, “salvándose” de toma de decisiones personal, de asumir la responsabilidad final por el destino del yo y, por lo tanto, de la duda que acompaña la decisión (Jetten et al., 2012).

Esta figura de la responsabilidad en salud es presentada por unos de los más grandes novelista de la humanidad, Fiodor Dostoyewsky, en su obra “Los Hermanos Karamázov”, que anticipa genialmente el planteamiento del conflicto entre responsabilidad e irresponsabilidad en la racionalidad del hombre frente a la libertad y la seguridad: “...solo se apodera de la libertad de las gentes el que tranquiliza su conciencia y nosotros los convenceremos de que solo serán libres cuando delegue en nosotros su libertad y se nos someta...” (Dostoyewsky, 1880; pág. 209).

Por su parte, el manejo de estrés, como dimensión de los estilos de vida, es una condición dinámica en la que el individuo se enfrenta a una oportunidad, una limitación o una demanda relacionada con sus deseos y cuyo resultado será percibido como algo incierto e improbable a la vez. Dos son los enfoques teóricos que le caracterizan: el enfoque individual y el enfoque organizacional. El enfoque individual señala que un individuo es capaz de aceptar una responsabilidad solo por el hecho de reducir su grado de estrés aplicando técnicas de administración del tiempo, aumento de ejercicios físicos, los ejercicios de relajación y la ampliación de sus redes de apoyo social (Williams et al., 2018).

La administración del tiempo referencia a la forma en que las personas tienen que terminar un día a la semana, en donde no siempre pueden administrar debidamente su tiempo. Sus comportamientos se muestran bien organizados y, cuando no es así, la comprensión de los conocimientos básicos del manejo del tiempo se enfrenta a las demandas de la rutina diaria, sea en casa, trabajo o, en general, al contexto social (Haslam et al., 2018).

Algunas nociones básicas para el manejo del tiempo se resumen así: a) formular listas diarias de las actividades que se deben terminar; b) priorizar las actividades por orden de importancia y urgencia; c) programar las actividades de acuerdo a las actividades establecidas; d) conocer el ciclo personal diario y manejar las partes más demandantes de la actividad diaria durante buena parte del ciclo personal. El supuesto es que cuando el sujeto está más alerta es más productivo y eficiente en lo que realiza (Jetten et al., 2017).

Ejercicios físicos como los aeróbicos, las caminatas, el trote, la natación y el ciclismo son recomendados por los organismos internacionales de salud como OMS y OPS desde hace más de 40 años como una manera para manejar el exceso de estrés, especialmente el estrés laboral. Estos ejercicios incrementan la capacidad cardíaca, reducen el ritmo cardíaco en reposo, distraen mentalmente las tensiones de la actividad diaria y ofrecen un medio para “dejar salir el vapor” (Gamez, 2017).

Los ejercicios de relajación cuyo objetivo es llegar a un estado de relajación profunda en donde uno se siente físicamente liberado, un tanto despejado o alejado del entorno inmediato y desprendido de las sensaciones corporales se suelen realizar mediante una serie de técnicas y en tiempos de unos 15 a 20 minutos diarios, la relajación profunda libera tensiones y ofrece a la persona una sensación de paz. Cabe resaltar que cuando se llega a la condición de relajación profunda, suceden cambios trascendentales en el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y otros factores fisiológico (CSD, 2010).

En cuanto al apoyo social o ampliación de la red de apoyo social, referencia a una salida que la persona busca generalmente entre amistades, familia o colegas del trabajo con los cuales pueda hablar de lo que le pasa. Para ayudar en la reducción del estrés se puede ampliar esta red de apoyo social, la cual ofrece a una persona que está dispuesta escuchar los problemas de los demás y a dar una perspectiva más objetiva de la situación. Las investigaciones actuales que se referencian en el marco de la coyuntura

del COVID-19 demuestran que el apoyo social modera la relación entre el estrés y el agotamiento (Brooks, 2020) y según Stiff (2020), reduce la probabilidad de que el estrés se convierta en agotamiento, fundamentalmente cuando se compran los miedos, temores y se les enfrentan positivamente.

Los enfoques organizacionales del manejo del estrés se refieren a la forma como es posible o no cambiar roles y actividades ya estructurados para establecer metas realistas, rediseño de los estilos de vida y un mejor programa de bienestar biopsicosocial. Estos enfoques señalan que, cuando las personas se centran en la selección y colocación de nuevas actividades o roles, es porque han llegado a establecer un punto de control externo haciendo uso de su experticia y un punto de control interno que les permite una mejor adaptación a la situación cambiante que les toca vivir (Dewa et al., 2010).

El establecimiento de metas en el manejo del estrés referencia un rendimiento determinado de las personas según su actividad vital. Cuando se plantean metas objetivas o desafiantes y, además, la retroalimentación sobre sus avances suele ser inmediata, pueden disminuir sus niveles de estrés y ser estímulos de motivación porque son percibidas como algo alcanzables, aclarando las expectativas. Su objeto es reducir la incertidumbre sobre el rendimiento o performance que puede tener realmente en su quehacer diario (AEUSST, 2010).

El resultado se puede observar cuando las personas se sienten menos frustradas, con menos ambigüedad en sus roles y menos estrés. De allí la importancia de rediseñar las actividades diarias, sobre todo, para darse la oportunidad de que sus actividades tengan más sentido, autonomía y mayor retroalimentación. Es decir, el manejo de metas referencia factores que provocan un mayor control de las acciones que realizan y aumentan su independencia frente a las otras, pero no todos quieren actividades enriquecedoras en su vida porque piensan que tiene poca capacidad para hacerlas. El secreto de este supuesto es creer que se puede crecer

organizando mejor las fortalezas y disminuyendo la variedad de las habilidades que se imprimen a las actividades diarias. Esto es lo que supone la disminución de la incertidumbre y el grado de estrés (Haslam et al., 2018).

La toma participativa de decisiones es un mecanismo para manejar el estrés de los roles que generan incertidumbres en cuanto a las metas, las expectativas, el producto de la evaluación de las actividades diarias y, además, de la forma como se afecta nuestro quehacer al aumentar el control sobre ellos. Por lo tanto, generar la posibilidad de aumentar la participación de uno mismo en la toma de decisiones, sobre todo de nuestro propio quehacer diario y no dejar que otras personas lo hagan (OMS/OPS, 2019).

Otro elemento de los enfoques organizacionales para el manejo del estrés referencia a la comunicación y, especialmente, cuando la comunicación formal aumenta, porque es mayor la información real y fidedigna que reciben las personas y se reducen las incertidumbres y las ambigüedades de los roles y conflictos. Dada la importancia que tienen las percepciones sobre los procesos comunicacionales en la moderación de las relaciones entre estrés y las respuestas personales, estas se pueden emplear en formas efectiva en todos los procesos vivenciales como medio para mejorar las percepciones individuales y colectivas e ir disminuyendo amenazas que pueden transformarse en interpretaciones que afectan los símbolos y los actos con los cuales las personas se comunica con los demás (Schroeder et al., 2017).

Por último, la programación del bienestar como mecanismo para manejar el estrés referencia sus supuestos en la condición mental y física de toda persona. A partir de allí, el individuo puede aceptar ayuda para participar en talleres o programas para dejar, por ejemplo, de fumar, de ingerir alimentos dañinos y bebidas alcohólicas en forma descontrolada, disminuir de peso, alimentarse mejor y desarrollar programas para regular su propio ejercitamiento físico. Estos programas de bienestar se fundamentan en que las personas son capaces de asumir la responsabilidad sobre su salud física

y mental, es decir, es un vínculo para manejar del estrés con facilidad (OMS/OPS, 2019).

Ahora, el soporte interpersonal como dimensión de los estilos de vida se define por la forma como se perciben las fuerzas que actúan como estímulo para el cambio. Estos estímulos suelen ser económicos, tecnológicos, sociales, políticos y competenciales, por eso, se les conoce como los procesos que permiten administrar los cambios planeados bajo diversos escenarios, pero cada uno de estos procesos tienen un significado que describen metas y analizan responsabilidades para el soporte interpersonal (Brooks et al., 2020).

Los procesos que permiten administrar los cambios planeados bajo diversos escenarios se presentan, muchas veces, a través formulas futuristas y, en otras, a través de fórmulas sistemáticas u organizacionales, de acuerdo con las formas como las alternativas encajan en el interés de las personas. Desde esta perspectiva se habla del cambio del comportamiento a través de una actividad intencional, dirigida hacia metas; sin embargo, el problema del soporte interpersonal es saber cuáles son las metas del cambio planeado, ya que esa es la esencia para incrementar la capacidad para adaptarse a los cambios del contexto y para cambiar la conducta individual (Greenaway, 2015).

El efecto que tiene el soporte interpersonal en los estilos de vida responde a los cambios del entorno cuando que se introducen a través de situaciones de crisis extremas, como las que caracterizan al COVID-19. A partir de ahí se definen los esfuerzos por estimular las innovaciones y la forma en que la sociedad participa para brindar soportes interpersonales (Brooks et al., 2020).

La autoactualización, como dimensión de los estilos de vida, se define como el agente de cambio que la persona busca en sí misma para reestructurar actividades claves, justo por lo que esta quiere hacerlo y no porque sea inducido por los demás. Es una de las razones más frecuentes que explican

las nuevas formas que las personas tienen para desafiar el acervo convencional que manejan. Es más probable que las personas se deshagan de sus formas tradicionales de vida cuando estas son capaces de reestructurar las reglas tradicionales que rigen su vida (Barden y Petty, 2008).

Muchos buscan ayuda externa para la autoactualización, pero la respuesta que obtienen no es una perspectiva más objetiva que la que manejan internamente; en consecuencia, el problema principal que impulsa a la autoactualización personal está en la forma como la persona enfrenta sus propios temores o compra sus propios miedos y pánicos y analiza sus propias opciones de cambio (Stiff, 2020).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

El trabajo de investigación desarrollado fue descriptivo correlacional de diseño transversal. Las variables no fueron manipuladas, pero se tuvo que cruzar las razones para explicar y fundamentar su correlación. (Hernández, Fernández & Baptista, 2018).

$$M \quad X_{(i=1)} \quad \underline{\quad r \quad} \quad Y^6_{(i=1)}$$

Dónde:

M = Población de estudio

$X_{(i=1)}$ = Calidad de vida

$Y^6_{(i=1)}$ = Estilos de vida y sus 6 dimensiones: Nutrición, ejercicios, responsabilidad, manejo de estrés, soporte interpersonal y autoactualización.

r = Relación entre las variables

3.2 Variable y operacionalización

Variable Correlacional 1: (Cuantitativo)

- Calidad de vida

Variable Correlacional 2 (Cuantitativa)

- Estilos de vida
- Nutrición
- Ejercicios
- Responsabilidad en salud
- Manejo de estrés
- Soporte Interpersonal
- Autoactualización

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población

Integrada por 115 pacientes con diabetes tipo-2, de ambos sexos del Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.

3.3.2 Muestra

La constituyeron el 100% (115) de los pacientes diabéticos tipo-2 del Centro de Salud Materno “Santa Catalina” entre octubre y noviembre del 2020.

3.3.3 Muestreo

Se aplicó un muestreo por interés, no probabilístico, debido a que la población objetivo es conocida y mostró ser permisiva a colaborar con el estudio.

3.3.4 Criterios de inclusión

Pacientes con diabetes tipo-2 que se atienden en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

3.3.5 Criterios de exclusión

Pacientes con problemas psiquiátricos o psicológicos al momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación.

3.3.6 Unidad de análisis

Los pacientes con diabetes tipo-2 del Centro de Salud Materno “Santa Catalina” de San Pedro de Lloc.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Datos

3.4.1 Técnica

Aplicación de encuestas con abordaje persona a persona.

3.4.2 Instrumentos

Cuestionario de calidad de vida según la OMS (1998). El cuestionario de calidad de vida específico para la Diabetes Mellitus, elaborado por Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) y adaptado, mide la Calidad de Vida del paciente con Diabetes, consta de 46 ítems, con una escala de respuesta de cinco niveles, integrada por 4 dimensiones: satisfacción (15 ítems), impacto (20 ítems), Preocupación Social / Vocacional (7 ítems), preocupación de la Diabetes (4 ítems) el puntaje mínimo es 43 y el máximo de 215, a mayor puntuación mejor calidad de vida el puntaje total Malo:43-85 puntos; regular: 86-171 puntos y bueno.

Ficha técnica:

Nombre:	Apoyo Familiar y Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus-2, en tiempos COVID-19. Centro de Atención Primaria Nivel-I. Chicama.
Autoras:	Br. Barrantes y Lora 2020.

Contexto	Emergencia sanitaria: Pandemia por COVID-19 La prueba piloto se aplicó a 20 pacientes con Diabetes Mellitus que se atienden en el Cap I Chicama.
Validez	<p>Validez interna</p> <p>El Cuestionario Control and Complications Trial (DCCT) es instrumento fueron elaborado por la OMS (1998), bajo los criterios de la Unites States (US) Departamento f Heath and Human Services, (1996) y, adaptado por el UK Departamento of Health (2004) quien recoge los aportes de Lynetette y Landers 1998 y de las revisiones de Salomón (2001).</p> <p>Validez de contenido y estructura</p> <p>Esta validación de los instrumentos se basó en la valorativa del contenido y estructura por parte de 5 Jueces Expertos que manejaron los criterios de pertinencia, correspondencia, coherencia lógica, verificabilidad y viabilidad. Los Jueces expertos fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mg. Chamaya Leon Cindy Melanny -Mg. Castañeda Ulloa Luz Amanda -Mg. Dávila Jacinto Sheila Dina -Mg. Bienvenida Ruth Vega Sanez -Mg. Irma Lozano Narváez <p>El coeficiente de concordancia positiva de los Jueces expertos sobrepasa la valoración promedio de cada reactivo en un 80%</p>
Confiabilidad	El análisis de fiabilidad arroga un coeficiente de Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados de ,956 con una media de 2,764 y una varianza de ,046. Los coeficientes de correlación total de elementos corregida son mayores de ,288 y ninguno de los reactivos contiene correlaciones que superen el nivel de referencia Alfa de Cronbach de la prueba y las medias promedio de la correlación intarclase es de ,955 que con un 95% de confianza se mueve entre ,921 y ,979 arrojando una significancia estadística menor de 0,001
Conclusión	Estando a lo aprobado por los jueces expertos y vistos los resultados de la priva de confiabilidad con coeficientes Alfa de Cronbach mayores de ,900, se considera que la prueba esta apta para su aplicación en la presente investigación.

Sobre los estilos de vida se hizo uso del Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) de Nola Pender, el mismo que evalúa cuantitativamente el estilo de vida saludable del individuo. Está compuesto por 48 reactivos tipo Likert con un solo patrón de respuesta. El valor mínimo es de 48 y el mayor es de 144, a mayor puntaje mejor es el estilo de vida. Está dividido en seis subescalas que valoran: Nutrición (con 6 reactivos), Ejercicio (con 5 reactivos), Responsabilidad en Salud (con 10 reactivos), Manejo del Estrés (con 7 reactivos), Soporte Interpersonal (con 7 reactivos) y Autoactualización (con 13 reactivos).

Ficha técnica:

Nombre:	Estilo de vida y estrés laboral en el personal de enfermería en tiempos del COVID-19. Hospital III-E, EsSalud – La Libertad.
Autoras:	Br. Leon y Lora 2020.
Contexto	Emergencia sanitaria: Pandemia por COVID – 19 La prueba piloto se aplicó a 20 participantes entre enfermeras y técnicos del Hospital Víctor Lazarte Echegaray Essalud, de Trujillo, del servicio de centro quirúrgico.
Validez	<p>Validez interna</p> <p>El instrumento fue elaborado por Pender, Walker, Sechrist y Frank (1990) al presentar “Modelo de promoción de la salud” (MPS) y desarrollado en entrevistas públicas personales de Pender (2000), a partir de los cuales se desarrollaron estudios empíricos en todo el mundo que confirmaron la capacidad predictiva de la prueba en 6 dimensiones: Nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo de estrés, soporte interpersonal y autoactualización.</p> <p>Validez de contenido y estructura</p> <p>Esta validación de los instrumentos se basó en la valorativa del contenido y estructura por parte de 5 Jueces Expertos que manejaron los criterios de pertinencia, correspondencia, coherencia lógica, verificabilidad y viabilidad. Los Jueces expertos fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dra. Llaque Sánchez María Roció del Pilar - Dra. Enf. Tapia Ugaz Dorila

	<ul style="list-style-type: none"> - Mg. Geldres Monzón Christine Fiorella - Mg. Chávez Fernández Consuelo Beatriz - Mg. Doris Luz Radas Barbie <p>El coeficiente de concordancia positiva de los Jueces expertos sobrepasa la valoración promedio de cada reactivo en un 80%</p>																																
Confiabilidad	<p>El análisis de fiabilidad:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Alfa C</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Alfa C estandarizado</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">N.º</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A nivel general</td> <td style="text-align: center;">,942</td> <td style="text-align: center;">,949</td> <td style="text-align: center;">48</td> </tr> <tr> <td>Nutrición</td> <td style="text-align: center;">,926</td> <td style="text-align: center;">,928</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>Ejercicios</td> <td style="text-align: center;">,936</td> <td style="text-align: center;">,949</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Responsabilidad en salud</td> <td style="text-align: center;">,867</td> <td style="text-align: center;">,896</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Manejo del estrés</td> <td style="text-align: center;">,961</td> <td style="text-align: center;">,971</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>Soporte interpersonal</td> <td style="text-align: center;">,808</td> <td style="text-align: center;">,912</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>Autoactualización</td> <td style="text-align: center;">,811</td> <td style="text-align: center;">,813</td> <td style="text-align: center;">13</td> </tr> </tbody> </table>		Alfa C	Alfa C estandarizado	N.º	A nivel general	,942	,949	48	Nutrición	,926	,928	6	Ejercicios	,936	,949	5	Responsabilidad en salud	,867	,896	10	Manejo del estrés	,961	,971	7	Soporte interpersonal	,808	,912	7	Autoactualización	,811	,813	13
	Alfa C	Alfa C estandarizado	N.º																														
A nivel general	,942	,949	48																														
Nutrición	,926	,928	6																														
Ejercicios	,936	,949	5																														
Responsabilidad en salud	,867	,896	10																														
Manejo del estrés	,961	,971	7																														
Soporte interpersonal	,808	,912	7																														
Autoactualización	,811	,813	13																														
Conclusión	<p>Estando a lo aprobado por los jueces expertos y vistos los resultados de la prueba de confiabilidad con coeficientes Alfa de Cronbach mayores de ,800, se considera que la prueba esta apta para su aplicación en la presente investigación.</p>																																

3.5 Procedimiento

Se solicitaron los permisos correspondientes a la Dirección General del Centro de Salud Materno “Santa Catalina” para viabilizar el acceso a los pacientes con diabetes tipo-2. Una vez concedida la autorización, se coordinó con las jefaturas de los servicios para abordar a los pacientes en los ambientes de la institución y en momentos en que estos no interrumpen sus procesos de atención o tratamiento. Los pacientes fueron informados persona a persona sobre el propósito y fines de la investigación invitándoseles a participar voluntariamente en el estudio aplican a los cuestionarios del mismo. Quienes aceptaron firmaron un formato de consentimiento informado y respondieron los reactivos de los cuestionarios, no reportándose abandonos ni rechazos una vez que se empezó con la aplicación de los mismos. El Tiempo estimado fue de 25 a 30 minutos.

3.6 Métodos análisis de datos

Los resultados fueron calificados y codificados con códigos numéricos excluyentes según la estructura de su operacionalización y categorización y, según los objetivos específicos del estudio. Los datos fueron ingresados directamente a la computadora haciendo uso del paquete estadístico SPSS V22 en español. Se presentaron los resultados en tablas de doble entrada describiendo las razones cruzadas en las variables con estadísticos descriptivos de frecuencia simple y ponderada. Para el análisis de correlación se hace uso del Coeficiente de correlación de Spearman R. ya que la prueba de normalidad no arroja resultados significativos mayores de ,250 como se muestra:

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Nivel general Calidad	,371	115	,000
Nivel general Estilos de vida	,536	115	,000
Nutrición	,466	115	,000
Ejercicios	,509	115	,000
Responsabilidad en salud	,539	115	,000
Manejo de estrés	,539	115	,000
Soporte Interpersonal	,470	115	,000
Autoactualización	,539	115	,000

3.7 Aspectos éticos

El presente estudio respeta valores éticos y morales inherentes a la aplicación de investigaciones no experimentales. Se responsabiliza por la vulneración de los derechos legales de los / as pacientes con diabetes tipo-2, de acuerdo con los estándares éticos recomendados en el Acuerdo de CIOM (2005) y del Informe Belmont sobre el respeto a las personas, beneficencia y resguardo a la independencia de las mismas. Con ello se extienden los beneficios y se reducen los daños posibles (AMM, 2018).

Asimismo, se ha aplicado el principio de no presión y participación voluntaria e informada de los pacientes. Con ello, el participante ejerció

libremente su derecho al anonimato y la confidencialidad. Finalmente, la investigación sigue los procedimientos de no copia verificando su originalidad con el programa Turnitin que establece como requisito en la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo (AMM, 2018).

IV. RESULTADOS

Tabla 1

La relación entre calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno Santa Catalina.

Estilos de vida	Calidad de vida						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
No saludable	1	0,9	39	33,9	66	57,4	106	92,2
Saludable	3	2,6	5	4,3	1	0,9	9	7,8
Total	4	3,5	44	38,3	67	58,3	115	100,0

Nota: Elaboración obtenida de cuestionarios adaptados.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,339	,087	-3,827	,000

La tabla 1 muestra que la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” es Mala (3,5%), Regular (38,3%) y Buena (58,3%) y los estilos de vida son No saludables (92,2%) y Saludable (7,8%). También muestra que la razón cruzada de mayor peso en la relación entre las dos variables se encuentra en una Buena Calidad de Vida con un No saludable estilo de vida. Siendo que ambas variables presentan una correlación inversa pero significativa (SpR= -,339 y p<0,001).

Tabla 2

La relación entre calidad de vida y la práctica de la dimensión nutrición de los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno Santa Catalina.

Nutrición	Calidad de vida						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No saludable	1	0,9	28	24,3	57	49,6	86	74,8
Saludable	3	2,6	16	13,9	10	8,7	29	25,2
Total	4	3,5	44	38,3	67	58,3	115	100,0

Nota: Elaboración obtenida de cuestionarios adaptados.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,301	,092	-3,350	,001

La Tabla 2 muestra que la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” es Mala (3,5%), Regular (38,3%) y Buena (58,3%) y la Nutrición inherente a los estilos de vida es No saludables (74,8%) y Saludable (25,2%). También muestra que la razón cruzada de mayor peso en la relación entre las dos variables se encuentra en una Mala Calidad de Vida con una No saludable Nutrición, siendo que ambas variables presentan una correlación inversa pero significativa (SpR= -,301 y p<0,05).

Tabla 3

La relación entre calidad de vida y la práctica de la dimensión ejercicio de los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno Santa Catalina.

Ejercicios	Calidad de vida						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No saludable	1	0,9	36	31,3	60	52,2	97	84,3
Saludable	3	2,6	8	7,0	7	6,1	18	15,7
Total	4	3,5	44	38,3	67	58,3	115	100,0

Nota: Elaboración obtenida de cuestionarios adaptados.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,209	,100	-2,272	,025

La Tabla 3 muestra que la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” es Mala (3,5%), Regular (38,3%) y Buena (58,3%) y el ejercicio inherente a los estilos de vida es No saludables (84,3%) y Saludable (15,7%). También muestra que la razón cruzada de mayor peso en la relación entre las dos variables se encuentra en una Buena Calidad de Vida con un No saludable Ejercicio, siendo que ambas variables presentan una correlación inversa pero significativa (SpR= -,209 y $p < 0,05$).

Tabla 4

La relación entre calidad de vida y la práctica de la dimensión responsabilidad en salud de los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno Santa Catalina.

Responsabilidad en salud	Calidad de vida						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No saludable	3	2,6	42	36,5	67	58,3	112	97,4
Saludable	1	0,9	2	1,7	0	0,0	3	2,6
Total	4	3,5	44	38,3	67	58,3	115	100,0

Nota: Elaboración obtenida de cuestionarios adaptados.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,225	,072	-2,460	,015

La Tabla 4 muestra que la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” es Mala (3,5%), Regular (38,3%) y Buena (58,3%) y la Responsabilidad en salud inherente a los estilos de vida es No saludables (97,4%) y Saludable (2,6%). También muestra que la razón cruzada de mayor peso en la relación entre las dos variables se encuentra en una Buena Calidad de Vida con una No saludable Responsabilidad en salud, siendo que ambas variables presentan una correlación inversa pero significativa (SpR= -,225 y $p < 0,05$).

Tabla 5

La relación entre calidad de vida y la práctica de la dimensión manejo del estrés de los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno Santa Catalina.

Manejo de estrés	Calidad de vida						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No saludable	1	0,9	40	34,8	67	58,3	108	93,9
Saludable	3	2,6	4	3,5	0	0,0	7	6,1
Total	4	3,5	44	38,3	67	58,3	115	100,0

Nota: Elaboración obtenida de cuestionarios adaptados.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,371	,072	-4,246	,000

La Tabla 5 muestra que la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” es Mala (3,5%), Regular (38,3%) y Buena (58,3%) y el Manejo del estrés inherente a los estilos de vida es No saludable (93,9%) y Saludable (6,1%). También muestra que la razón cruzada de mayor peso en la relación entre las dos variables se encuentra en una Buena Calidad de Vida con un No saludable manejo del estrés, siendo que ambas variables presentan una correlación inversa pero significativa (SpR= -,371 y p<0,05).

Tabla 6

La relación entre calidad de vida y la práctica de la dimensión soporte interpersonal de los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno Santa Catalina.

Soporte interpersonal	Calidad de vida						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No saludable	1	0,9	37	32,2	49	42,6	87	75,7
Saludable	3	2,6	7	6,1	18	15,7	28	24,3
Total	4	3,5	44	38,3	67	58,3	115	100,0

Nota: Elaboración obtenida de cuestionarios adaptados.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,032	,099	,338	,736

La Tabla 6 muestra que la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” es Mala (3,5%), Regular (38,3%) y Buena (58,3%) y el Soporte Interpersonal inherente a los estilos de vida es No saludables (75,7%) y Saludable (24,3%). También muestra que la razón cruzada de mayor peso en la relación entre las dos variables se encuentra en una Buena Calidad de Vida con un No saludable Soporte Interpersonal, siendo que ambas variables presentan una correlación No significativa (SpR= ,032 y p>0,05).

Tabla 7

La relación entre calidad de vida y la práctica de la dimensión autoactualización de los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno Santa Catalina.

Autoactualización	Calidad de vida						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No saludable	1	0,9	2	1,7	0	0,0	3	2,6
Saludable	3	2,6	42	36,5	67	58,3	112	97,4
Total	4	3,5	44	38,3	67	58,3	115	100,0

Nota: Elaboración obtenida de cuestionarios adaptados.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,225	,072	2,460	,015

La Tabla 7 muestra que la calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” es Mala (3,5%), Regular (38,3%) y Buena (58,3%) y la Autoactualización inherente a los estilos de vida es No saludables (2,6%) y Saludable (97,4%). También muestra que la razón cruzada de mayor peso en la relación entre las dos variables se encuentra en una Buena Calidad de Vida con una Saludable autorrealización, siendo que ambas variables presentan una correlación significativa (SpR= ,225 y $p < 0,05$).

V. DISCUSIÓN

Estos resultados muestran que existe una relación y correlación un tanto distorsionada entre la calidad de vida y los estilos de vida del paciente con diabetes tipo-2 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina” y, al parecer, se le puede atribuir causalidad a las condiciones diversas y cambiantes que imponen las medidas de soporte y contención medico sociales contra el COVID-19, al confinamiento social obligatorio y distanciamientos social, entre otros.

Antes del COVID-19, estos resultados resultarían ser una locura porque jamás nos imaginamos que la calidad de vida de las personas, por más enfermas de diabetes tipo-2 que puedan estar, se encuentren en estableciendo relaciones y correlaciones inversas con los estilos de vida que llevan.

Esta primera percepción está basada en el hecho que la calidad de vida es preponderantemente Buena (58,3%) mientras que los estilos de vida son No saludables (92,2%). Esto nos permite afirmar que los pacientes con diabetes tipo-2, posiblemente no hayan podido superar sus malos estilos de vida que llevaban en forma individual, tampoco han podido, al parecer, adaptarse a los cambios del presente y que están presentando conductas de resistencia, tanto en torno a la estructura de sus estilos de vida que los llevó a la enfermedad como al manejo de las nuevas condiciones de vida (Corbacho et al., 2019).

Sus estilos de vida han adquirido un rostro mágico infantilista al añorar o seguir pensando que la nutrición no saludable, la falta de ejercicios, de responsabilidad respecto al manejo de su salud, el mal manejo del estrés, un inadecuado soporte interpersonal y la poca autoactualización, no iban a tener grandes repercusiones en su estado de bienestar o salud, menos en situaciones de confinamiento social obligatorio como las que plantea el COVID-19 (ASSOCIATION, A.P., 2020)

Esto como experiencia mal vivida y bien conocida, al parecer, ha sido replicada en función de lo malo que antes hacía, rompiendo la poca distribución de autoridad que trabajaba al tratar su enfermedad antes del COVID-19. Estas estructuras de los comportamientos y actitudes de los sujetos con diabetes tipo-2, en el tiempo de hoy, son condiciones que exigen cambios drásticos, que no aceptan agentes de cambio, porque son actitudes individuales y sólo se cuenta con ellos para reestructurar su calidad y estilo de vida. Las consecuencias mayores ya se están mostrando en algunas manifestaciones clínicas al empeorar las condiciones de su enfermedad, pero, como éstas ya tenían un grado alto de complejidad, formalismo y estandarización se entiende que ninguna de las acciones de salud que se ha desarrollado durante el COVID-19 pueden o han podido alterar estos componentes estructurales de los comportamientos negativos (Greenaway et al., 2015).

Muchas de las sociedades modernas han instalados módulos de facilitación de herramientas de bajo costo para que los pacientes diabéticos puedan solucionar problemas primarios en forma eficaz y eficiente. Ya no se trata de suprimir negaciones, se trata que la propia persona se convierta en su agente de cambio, de tal manera que pueda ampliar los tramos de su autoactualización e imprima a sus acciones mayor racionalidad. El paciente es el único que puede empezar, en forma asistida, a establecer las nuevas reglas y procedimientos para deshacerse de procesos de empeoramiento de su enfermedad o estado de bienestar. Se trata de hacer que pueda aplicar modificaciones importantes, con las flexibilizaciones a su medida y, que el mismo identifica para motivarse, aceptando los retos de mejorar tanto su calidad como su estilo de vida que lleva (WHO, 2020).

Allí, el cambio que opera el personal de salud es trabajar juntos, en interacción online, que suelen ser muy interactivos, brindándole acceso a redes de interacción social que le permita al paciente una mejor toma de decisiones y solución de problemas inmediatos. La finalidad de estos programas abarca toda una serie de intervenciones para impulsar a los

pacientes diabéticos a cambiar sus comportamientos y especialmente sus estilos de vida. Desde esta perspectiva, la explicación a los resultados puntuales es que existiría una alta resistencia al cambio en los comportamientos que definen la calidad de vida y los estilos de vida. El tema es que dichos comportamientos están estructurados en costumbres muy arraigadas de nutrición, ejercicios, responsabilidad en salud, manejo en estrés, soporte interpersonal y autoactualización (Schroeder et al., 2017).

Algunos autores como Brooks et al. (2020), Aschalew et al. (2020), incluso la misma FAO/CEPAL (2020), observan en este fenómeno un cierto sentido positivo, porque ofrece un grado de estabilidad y permisibilidad al cambio controlado o dirigido por el personal de salud. Si no hubiera cierta resistencia al cambio, los comportamientos y las actitudes de las personas con esta enfermedad frente a la nueva forma de vida que le impone el COVID-19, de seguro que apostarían todos por sentirse mejor en medio de la causalidad caótica imperante. Consecuentemente, la resistencia al cambio generaría más conflictos existenciales y funcionales en el paciente y al parecer estos conflictos seguirían haciendo girar la espiral de resistencia a seguir un plan de tratamiento preestablecido por el personal de salud (CMA, 2020).

Quizás porque no se observa una línea de resultados positivos en la calidad de vida ni en los estilos de vida, pueda entender la correlación inversa entre estas variables del comportamiento humano, pero, esto no alcanza para explicar la idea de resistencia a consolidar cambios. Por lo tanto, es mejor explicar los resultados por la forma en que la resistencia al cambio tiene un aspecto negativo claro, entorpece el proceso de adaptación inmediata a las nuevas formas de vida material y espiritual (García et al., 2020).

Esto supone la existencia de manifestaciones negativas, quejas, falta de adherencia a los tratamientos y amenazas para abandonarlos. El desafío es grande porque estamos frente a una forma de resistencia implícita o diferida. La resistencia implícita es más sutil y, puede estar caracterizada no

solo por la falta de adherencia a los tratamientos, sino también por la falta de lealtad con la institución que lo está tratando. Por ello no debemos llegar a interpretaciones falsas solo porque identificamos menos motivación para generar cambios o aumento de errores en sus acciones prácticas etc. Y estos, son los aspectos más difíciles que puede reconocer los pacientes que se resisten al cambio en sus estilos de vida y calidad de vida (García et al., 2020).

De la misma manera, los actos diferidos enturbian el vínculo entre la fuerza de resistencia y la reacción a ella. Un cambio de comportamiento puede generar una reacción que parece mínima en el momento que se inicia, pero, la resistencia surge semanas, meses, inclusive le puede costar años. En el caso de los pacientes en estudio, esta resistencia, al parecer, ha surgido en periodos de semanas y meses, desde que empezó el COVID-19 a representar un cambio forzado en sus vidas diarias. Todo pareció tener poca repercusión en sí, pero, se convirtió en la gota que derramó el vaso (Greenaway et al., 2015; LeDoux, 2012).

Estas reacciones al cambio, generalmente, en situaciones “normales”, suelen ser acumulativas y pueden explotar en forma totalmente desproporcionada. Sin embargo, en situaciones como las que se vive con el COVID-19, las desproporciones con relación al cambio son frecuentes y, allí está la diferencia, es la causa raíz que provoca una desestructuración de las respuestas acumulables. Posiblemente se pueda atribuir causalidad en otros factores, pero todo apunta a las formas de comportamiento humano que caracterizan al paciente diabético, a su personalidad y sus necesidades (Molina, 2020).

Por los resultados del estudio, 5 serían las razones por las cuales las personas se estarían resistiendo al cambio en sus estilos de vida y calidad de vida y son las costumbres, seguridad, lo económico, el miedo a lo desconocido y el mal procesamiento de la información. Las costumbres como fuente de resistencia nos caracterizan por nuestra propia naturaleza. La vida de por sí es muy compleja, diariamente tenemos que tomar decisiones considerando la

diversidad de opciones que para ellas tenemos. Para manejar esta complejidad en pacientes con diabetes tipo-2, dependen de las costumbres de las respuestas programada que estos tienen. Sin embargo, cuando nos enfrentamos al cambio la tendencia a responder de manera acostumbrada se convierte en una fuente de resistencia (ONU, 2020; Pimienta, 2020).

Así, cuando un paciente es tratado, es posible que le recomendemos cambiar muchas costumbres: levantarse posiblemente más temprano, tomar medicamentos a horas determinadas, encontrar nuevas formas de ejercitamiento físico, recreación o nueva distribución de su tiempo para desarrollar nuevas rutinas para la alimentación, etc. (Brooks et al., 2020).

La seguridad se transforma en una razón de resistencia al cambio porque es probable que el paciente diabético se sienta muy amenazado en sus sentimientos de seguridad, ya que se anuncia permanentemente controles metabólicos con resultados positivos que le recuerdan al paciente que no está haciendo bien las cosas, sobre todo para el cuidado de su salud (Aschalew et al., 2020).

El factor económico como fuente de resistencia individual es una preocupación constante, el paciente diabético reduce su capacidad de producir recursos personales para su propia subsistencia, además se despiertan temores debido a los cambios que se producen en las actividades o rutinas de trabajo; de allí que es posible que hasta puedan paralizarse debido al peso adicional que sus actividades adquieren de acuerdo con los estándares anteriores. Sobre todo, cuando la remuneración guarda relación estrecha con la productividad, es decir, cuando son pacientes laboralmente informales (Aschalew et al., 2020).

El miedo a lo desconocido se transforma en una razón de resistencia al cambio por las ambigüedades e incertidumbres que plantea lo desconocido, independiente cuando le disguste hacer lo que hace diariamente un paciente con diabetes tipo-2. Sin embargo, muchas veces se aventuran por lo

desconocido cuando tiene mayor provecho inmediato en lo que hacen. El paciente siente el mismo desagrado por la incertidumbre, pero, si se introducen formas de recompensas, no solo lo piensan dos veces, sino que, las siguen definitivamente (Sitff, 2020).

Por último, el procesamiento selectivo de la información se transforma en una fuente de resistencia al cambio cuando las personas perciben de una manera personal y especial su caso transformándolo en resistencia al cambio, también lo hacen cuando responsabilizan a los demás por su situación de salud o mal estado de bienestar. Al parecer, los pacientes con diabetes tipo-2 atendidos en el centro de Salud “Santa Catalina”, manejan información de manera muy selectiva con el objeto de mantener intacta sus propias percepciones respecto de su estado de salud. Oyen lo que quieren oír, ignoran la información que les brinda el personal de salud, suponen que ellos no entienden su realidad, pasando al campo de ignorar los argumentos médicos para su tratamiento y quedando a un paso de la automedicación con uso de la medicina tradicional (Lees y Cikara, 2020).

VI. CONCLUSIONES

1. Existe relación inversa pero significativa (SpR $-,339$ y $p<0,001$) entre la calidad de vida con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.
2. Existe relación inversa pero significativa (SpR $-,301$ y $p<0,05$) entre el tipo de nutrición, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.
3. Existe relación inversa pero significativa (SpR $-,209$ y $p<0,05$) entre el tipo de práctica de ejercicios físicos, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.
4. Existe relación inversa pero significativa (SpR $-,225$ y $p<0,05$) entre la responsabilidad en salud, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.
5. Existe relación inversa pero significativa (SpR $-,371$ y $p<0,001$) entre el tipo de manejo del estrés, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.
6. No existe relación significativa (SpR $,032$ y $p>0,05$) entre el tipo de soporte interpersonal, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.
7. Existe relación inversa pero significativa (SpR $,225$ y $p<0,05$) entre la autoactualización, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno “Santa Catalina”.

VII. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Centro de Salud Materno “Santa Catalina” se les sugiere replantear los objetivos del trabajo con pacientes diabéticos tipo-2, buscando un mayor acercamiento para sensibilizarlo para que asuma voluntariamente los nuevos retos que implican los nuevos estilos de vida que está obligado a tener para colocarlos en la línea de mejorar su calidad de vida. El objeto es ayudarlo a superar sus miedos y temores que lo hacen resistente a los cambios que le plantea una vida nueva con el COVID-19.
2. A las autoridades de salud en general, preocuparse más por generar programas de comunicación e información real sobre las características de la nueva realidad medico social que le toca vivir a toda persona enferma en nuestro país y especialmente a la persona diabética que necesita ser asistida directamente por el personal de salud. El objetivo es acercar al paciente diabético a la información real para que pueda asumir los retos que le impone su nueva realidad.
3. A los profesionales de salud tratantes de pacientes con diabetes tipo-2, promover programas interactivos online que permitan brindar la oportunidad al paciente de identificar sus potencialidades para asumir retos que el mismo identifique como válidos y viables, para de que esa forma pueda mejorar su calidad y estilos de vida para impedir dificultades posteriores.

REFERENCIAS

- AEUSST (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo) (2010). Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas
- AMM (Asociación Médica Mundial). (2017). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
- Aschalew A, Yitayal M & Minyihun A. (2020). Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus at the Gondar University referral hospital. Life outcomes with quality of health 18, 62. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01311-5>
- ASSOCIATION, A. P. (2020). Coronavirus and Mental Health: Taking Care of Ourselves During Infectious Disease Outbreaks. Recuperado el 20 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/apa-blog/2020/02/coronavirus-and-mental-health-taking-care-of-ourselves-during-infectiousdisease-outbreaks>
- Ayte V (2018). Estilos de vida en usuarios con diabetes mellitus tipo II, de los consultorios externos del hospital san juan de Lurigancho: Perú: universidad Norbert Wiener.
- Barden J y Petty R. (2008). The Mere Perception of Elaboration Creates Attitude Certainty: Exploring the Heuristic of Reflexivity. J. Pers. Soc. Psychol. 95, 489–509 (2008).

Britez M y Torres E (2017). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista del Nacional (Itauguá), 9 (1), 78-91. <https://dx.doi.org/10.18004/rdn2017.0009.01.078-09>.

Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N y Rubin G. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: revisión rápida de la evidencia. The Lancet, 395 (10227), 912-20.: https://issuu.com/viumanentwinery8/docs/recetario_josefina_turner?fr=sYjgyODE2NjQ5ODM

Camarena M. (2020) Calidad de vida en pacientes diabéticos con covid-19 del servicio de medicina del hospital nacional de mayo: Perú: universidad Norbert Wiener.

CARE INTERNATIONAL. (2019). Diabetes. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/25/3/417.full.pdf>

Castillo L. (2018) Estilos de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hospital de Ventanillas Callao: Perú: USMP.

CMA/HLPE (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial /Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición). (2020). Documento provisional sobre cuestiones relacionadas con el impacto de COVID-19 en la seguridad alimentaria y la nutrición (FSN). [En línea]. [Citado el 9 de julio de 2020] http://www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs1920/Chair/HLPE_English.pdf.

Corbacho K, Palacios N y, Vaiz R. (2019). Conocimiento y practica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus [Internet]. Bases.bireme.br. 2019 [cited 23 January 2019]. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&>

src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=559634&indexSearch=ID

CSD. (2010). Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte. Madrid: Presidencia del Gobierno de España Obtenido de <http://www.planamasd.es>

Culque, L (2018). Estilos de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al servicio de endocrinología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao: Perú: UCV.

Dewa C, Lin E, Kooehoorn M, Goldner E. (2010). Asociación de estrés crónico laboral, trastornos psiquiátricos, y las condiciones físicas crónicas con discapacidad entre los trabajadores. Rev. Psychiatric Services. España 2010; 58: 652-658

Dostoyewsky F. (1880). Hermanos Karamázov. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20120704133104/http://www.utoronto.ca/tsq/DS/02/111.shtml>.

FAO y CEPAL. (2020). Seguridad alimentaria bajo la pandemia de COVID-19*. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca8873es/CA8873ES.pdf>

FAO, OPS, WFP y UNICEF. (2019). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Hacia entornos alimentarios más saludables que hagan frente a todas las formas de malnutrición. Santiago. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>

Fransen K. y col. Creer en “nosotros”: explorar la capacidad de los líderes para mejorar la confianza y el desempeño del equipo mediante la construcción de un sentido de identidad social compartida. J. Exp. Psychol. Apl. 21, 89–100 (2015).

- Frizziero A, Trainito S, Oliva F, Aldini N, Masiero S. (2014). The role of eccentric exercise in sport injuries rehabilitation. *Br Med Bull.* 2014; 110(1):47–75.
- Galanakis, C. 2020. The Food Systems in the era of the coronavirus (COVID-19). *Pandemic Crisis. Foods*, 9(4), 523-33. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2304-8158/9/4/523/htm>
- Gámez F. (2017). Efectos del entrenamiento isoinercial en la prevención y recuperación de lesiones músculo-tendinosas. España: Universidad malacitana.
- García T, Massoni S y Villeval M. (2020). Ambigüedad y comportamiento impulsado por excusas en las donaciones caritativas. *EUR. Econ. Rev.* 124, 103412.
- Greenaway K, Jetten J, Ellemers N y Van Bunderen L. (2015). El lado oscuro de la inclusión: la aceptación no deseada aumenta la agresión. *Proceso de grupo. Intergrupo Relat.* 18, 173–189.
- Gupta R, Ghosh A, Singh A, Misra A. (2020). Considerations for patients with diabetes in times of COVID-19 epidemic. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews* [revista en Internet] 2020 [acceso 11 de mayo de 2020]; 14(3): 211-212. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32172175>
- Haslam, C. et al. (2018). *The New Psychology of Health: Unlocking the Social Cure.* (Routledge, 2018)
- Hernández-Sampieri R. y Mendoza C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativa y mixta*, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.

- Jetten J, Haslam C & Haslam S. A. (eds.) (2012). *The Social Cure: Identity, Health and Well-being*. (Psychology Press, 2012).
- Jetten, J. et al. (2017). Advancing the social identity approach to health and well-being: progressing the social cure research agenda. *Eur. J. Soc. Psychol.* 47, 789–802 (2017).
- Kappes, A. et al. (2018). La incertidumbre sobre el impacto de las decisiones sociales aumenta el comportamiento prosocial. *Nat. Tararear. Behav.* 2, 573–580 (2018).
- Kumar A, Arora A, Sharma P, Anikhindi S, Bansal N, Khare S, et al. (2020). Is diabetes mellitus associated with mortality and severity of COVID-19? A metaanalysis. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* [revista en Internet] 2020 [acceso 11 de mayo de 2020]; 14(4): 535-545. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402120301090>
- LeDoux, J. (2012). Repensar el cerebro emocional. *Neuron* 73, 653–676 (2012).
- Lees J y Cikara M. Las metapercepciones de grupo inexactas impulsan atribuciones negativas fuera del grupo en contextos competitivos. *Nat. Tararear. Behav.* 4, 279–286 (2020).
- Lynette L & Landers D. (1998). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A metaanalysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 20(4), 339-357
- Maradiaga-Figueroa, R., Cortez-Flores, A., Avila-De la Puente, C., Aguilar-Gutiérrez, K., Mejia-Martinez, L., Granados-Rodríguez, R., Alvarado-Avilez, C., Mejia-Rodriguez, C., Oviedo-Coello, G., Alvarez-Oviedo, G., Aceituno-Vidaur, N., & Bermudez-Lacayo, J. (2017). Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos en el Instituto Nacional del Diabético,

Tegucigalpa, Honduras. Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud, 2(3), 216-221. Recuperado a partir de <http://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/199>

McDonald H, Thomas S, Nitsch D. (2020). Chronic kidney disease as a risk factor for acute community-acquired infections in high-income countries: A systematic review. BMJ Open [revista en Internet] 2014 [acceso 11 de mayo de 2020]; 4(4): 1-11. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/4/e004100>

Mobbs D, Hagan C, Dalgleish T, Silston B & Prévost C. (2015). La ecología del miedo humano: optimización de la supervivencia y el sistema nervioso. Frente. Neurosci. 9, 55 (2015).

Molina, M. (2020). Corazón de la mente. Recuperado el 19 de marzo de 2020, de <https://www.mindheart.co/>

OMS (Organización Mundial de la salud). (1998). El Informe de la salud del mundo. Ginebra:

OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud) (2014). Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020.

ONU. 2020. Policy Brief: The impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition [En línea]. [Citado el 9 de julio de 2020]. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_covid_impact_on_food_security.pdf

OPS/OMS (Pan American Health Organization / World Health Organization) (2019). Diabetes in the Americas [Internet]. [cited 23 January 2019]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12126:diabetes-in-the-americas&Itemid=40721&lang=e

- Ordóñez M, Carvajalino M, Cote M, Mora C, Ayala L, Ospino R. (2019). Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Dialnet. 2019. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853505>
- Pender N, Walker S, Sechrist K, Frank M. (1990). Predicting Health-Promoting Lifestyles in the Workplace. Nurs Res. 1990;39(6):326-332.
- Pimienta, X. (2020). Cuidando mi Salud Mental durante el COVID-19. Asociación Mexicana de Psicología Hospitalaria, 1, 24.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying Theory. Clinical Psychology Review, 21(1), 33-61.
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2003). El concepto de calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Washington, DC: Asociación Estadounidense sobre Retardo Mentalción
- Schroeder J, Kardas M & Epley N. (2017). La voz humanizadora: el habla revela y el texto oculta una mente más reflexiva en medio del desacuerdo. Psychol. Sci. 28, 1745-1762.
- Stiff, C. (2020). La teoría de juegos de la compra por pánico y cómo reducirla. La conversación <http://theconversation.com/the-game-theory-of-panic-buying-and-how-to-reduce-it-134107>
- Thapa S, Jha N, Baral DD, Pyakurel P. (2019). Health care seeking behaviour among people living with Type-2 diabetes in rural area of eastern, Nepal. Int J Pub Health Safe. 2019; 3:166.
- Torres Z (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro de salud Faucett, Callao: Perú: UCV.

United Kingdom, Department of Health (2004).

United States, Department of Health and Human Services (1996).

Villena JE. (2020). Diabetes Mellitus in Peru. *Annals of Global Health* [revista en Internet] 2015 [acceso 14 de mayo de 2020]; 81(6): 765-775. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214999615013156>

WHO (World Health Organization). (2019). Diabetes. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

WHO (World Health Organization) (2020). Diabetes: Datos y cifras. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

WHO (World Health Organization) (2020). Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak [Internet]. Ginebra-Suiza; 2020. p. 1-6. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-healthconsiderations.pdf>

Williams W, Morelli S, Ong D & Zaki J. (2018). Interpersonal emotion regulation: Implications for affiliation, perceived support, relationships, and well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 115, 224–254.

ANEXO 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
V1: Calidad de vida	Según la OMS (1998), la calidad de vida es 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 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 independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.	Para medirla se usó el Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus - DQOL (Anexo 2) que consta de cuatro dimensiones: Satisfacción con la vida, el impacto de la diabetes, preocupación social/vocacional y preocupación relativa a la diabetes.	Grado percibido de la calidad de vida	Satisfacción Impacto Preocupación social Preocupación por la enfermedad	Ordinal Malo (43-85 pts.) Regular (86-171 pts.) Bueno (172-215 pts.)
V2: Estilo de vida	Patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; y para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales como son: las características y experiencias individuales, la cognición y motivaciones específicas de la conducta y el resultado conductual. (Pender, 1996, pág. 10)	Se medirá a través del Cuestionario de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender 1996 que consta de 48 ítems.	Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> •Tipo de dieta •Frecuencia de alimento •Calidad de alimento 	Ordinal No saludable: (6-15 pts.) Saludable: (16-24 pts.)
			Ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> •Tipo de actividad deportiva •Horario de ejercicios •Frecuencia 	Ordinal No saludable: (5-13 pts.) Saludable (14 – 20 pts.)
			Responsabilidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> -Asistencia medica -Preocupación a la salud -Asistencia de programa educativo 	Ordinal No saludable: (10 -25 pts.) Saludable (26 – 40 pts.)
			Manejo del estrés	<ul style="list-style-type: none"> •Relajación •Fuentes de tensión •Meditación control de estrés 	Ordinal No saludable: (7-17 pts.) Saludable (18 – 28 pts.)
			Soporte Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> -Expresión del problema -Expresión de sentimientos -Pasatiempos 	Ordinal No saludable: (7-17 pts.) Saludable (18 – 28 pts.)
			Autoactualización	<ul style="list-style-type: none"> •Autoestima •Optimismo •Crecimiento personal •Satisfacción personal 	Ordinal No saludable: (13-32 pts.) Saludable (33 – 52 pts.)

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA LA DIABETES MELLITUS - DQOL

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
Programa de maestría en gerencia de los servicios de la salud

Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19. Centro de Salud Materno "Santa Catalina".

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA LA DIABETES MELLITUS -

DQOL

(Diabetes Control and Complications Trial (DCCT); Portilla, 2011, adaptado por Barrantes y Lora, 2020)

Instrucción:

Estimado usuario la finalidad del presente estudio es realizar un estudio de investigación a fin de demostrar la relación entre Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19. Centro de Salud Materno "Santa Catalina". A continuación, se formula ítems, se le solicita responder a todas las preguntas con sinceridad, es **ANÓNIMO**.

Muy satisfecho	Menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
----------------	------------------	---------	--------------------------	------------------

A1. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	1	2	3	4	5
A2. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	1	2	3	4	5
A3. ¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5
A4. ¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?	1	2	3	4	5
A5. ¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad en su dieta?	1	2	3	4	5
A6. ¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia?	1	2	3	4	5
A7. ¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre su diabetes?	1	2	3	4	5
A8. ¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño?	1	2	3	4	5
A9. ¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades?	1	2	3	4	5
A10. ¿Qué tan satisfecho está con su vida de pareja?	1	2	3	4	5
A11. ¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, y sus actividades caseras?	1	2	3	4	5
A12. ¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
A13. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5
A14. ¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
A15. ¿Qué tan satisfecho está con su vida en general?	1	2	3	4	5
B1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	1	2	3	4	5

B2. ¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	1	2	3	4	5
B3. ¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre?	1	2	3	4	5
B4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
B5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	1	2	3	4	5
B6. ¿Con qué frecuencia duerme mal por las noches?	1	2	3	4	5
B7. ¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?	1	2	3	4	5
B8. ¿Con qué frecuencia se siente bien con usted mismo?	1	2	3	4	5
B9. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
B10. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida de pareja?	1	2	3	4	5
B11. ¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una computadora (o celular)?	1	2	3	4	5
B12. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	1	2	3	4	5
B13. ¿Con qué frecuencia falta al trabajo, o actividades caseras por su diabetes?	1	2	3	4	5
B14. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
B15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
B16. ¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	1	2	3	4	5
B17. ¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B18. ¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
B19. ¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B20. ¿Con qué frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por sus medicamentos para la diabetes?	1	2	3	4	5

C1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre su relación de pareja?	1	2	3	4	5	0
C2. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos o nietos?	1	2	3	4	5	0
C3. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo o una pensión de jubilación que quiere?	1	2	3	4	5	0
C4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si pierde el seguro?	1	2	3	4	5	0
C5. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si sus hijos acabarán de estudiar?	1	2	3	4	5	0
C6. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si perderá el trabajo?	1	2	3	4	5	0
C7. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	1	2	3	4	5	0
D1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se desmayará?	1	2	3	4	5	0
D2. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5	0
D3. ¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?	1	2	3	4	5	0
D4. ¿Con qué frecuencia se preocupa que lo abandone su pareja o familia a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0

Categorización /Escala de medición

- PUNTAJE TOTAL:
MALO: 43 – 85 PTOS
REGULAR: 86 – 171 PUNTOS
BUENO: 172 – 215 PUNTOS

Por favor compruebe que ha contestado todas las preguntas
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3: Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I). Pender (1996)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Universidad César Vallejo

Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19. Centro de Salud Materno "Santa Catalina".

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I). Pender (1996)

I. INSTRUCCIONES:

En este cuestionario se pregunta sobre sus hábitos personales actuales. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor no dejar preguntas sin responder.

II. DATOS RELACIONADOS AL ESTILO DE VIDA

Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir

1 = Nunca 2 = A veces 3 = Frecuentemente 4 = Rutinariamente

N°		PREGUNTAS	1	2	3	4
1	NURICION	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas				
2		Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos				
3		Comes tres comidas al día				
4		Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes				
5		Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra				
6		Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día.				
7	EJERCICIO	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana				
8		Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana				
9		Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
10		Checas tu pulso durante el ejercicio físico				
11		Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo				
12	RESPONSABILIDAD EN SALUD	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud				
13		Conoces el nivel de colesterol en tu sangre				
14		Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud				
15		Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud				
16		Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud				
17		Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado				
18		Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives				
19		Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos				
20		Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro				
21		Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal				
22	M A	Tomas tiempo cada día para el relajamiento				
23		Eres consciente de las fuentes que producen tensión				

24		Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación				
25		Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir				
26		Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir				
27		Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud				
28		Usas métodos específicos para controlar la tensión.				
29	SOPORTE INTERPERSONAL	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales				
30		Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos				
31		Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti				
32		Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción				
33		Pasas tiempo con amigos cercanos				
34		Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros				
35		Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan				
36	AUTOACTUALIZACION	Te quieres a ti misma (o)				
37		Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida				
38		Creces que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas				
39		Te sientes feliz y contento(a)				
40		Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales				
41		Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida				
42		Miras hacia el futuro				
43		Eres consciente de lo que te importa en la vida				
44		Respetas tus propios éxitos				
45		Ves cada día como interesante y desafiante				
46		Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida				
47		Eres realista en las metas que te propones				
48	Creces que tu vida tiene un propósito					

INSTRUMENTO GENERAL		
PERFIL DE STILO DE VIDA (PEPS - I)		
SALUDABLE		121 – 192
NO SALUDABLE		48 – 120
DIMENSIONES		
NUTRIION	SALUDABLE	16 -24
	NO SALUDABLE	6- 15
EJERCICIO	SALUDABLE	14-20
	NO SALUDABLE	5 – 13
RESPONSABILIDAD EN SALUD	SALUDABLE	26 – 40
	NO SALUDABLE	10 – 25
MANEJO DEL ESTRÉS	SALUDABLE	18 – 28
	NO SALUDABLE	7 – 17
SOPORTE INTERPERSONAL	SALUDABLE	18 – 28
	NO SALUDABLE	7 – 17
AUTOACTUALIZACION	SALUDABLE	33 – 52
	NO SALUDABLE	13 – 32

ANEXO 4: VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS POR JUECES EXPERTOS SEGÚN FORMATO AIKEN

Nombre:

Profesión:

Grado Académico:

Institución donde trabaja:

De acuerdo con los criterios que se presentan a continuación, se le solicita que dé su opinión sobre el instrumento de recopilación de datos que adjunto.

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio de acuerdo con su opinión.

Criterios	Si	No	Observación
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
La estructura del instrumento es adecuada.			
Los reactivos del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
Los ítems son claros y entendibles.			
El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:

.....

Firma del Juez Experto (A)

CP:

FICHA DE VALIDACION

Matriz de validación del instrumento

Nombre del instrumento: Cuestionario sobre calidad de vida específico para la diabetes mellitus - DQOL (Diabetes Control and Complications Trial (DCCT); Portilla, 2011, adaptado por Barrantes y Lora, 2020)

Objetivo: Validar el instrumento de investigación

Dirigido a: Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Atención Primaria Nivel-I. Chicama.

Apellidos y nombres del evaluador:

CHAMAYA LEON, CINDY MELANNY

Grado académico del evaluador:

MAGISTER EN CIENCIAS EN ENFERMERIA

Valoración:

Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
			X	


FIRMA DEL PROFESOR

Apellidos y Nombres

DNI 42095368

FICHA DE VALIDACION

Matriz de validación del instrumento

Nombre del instrumento: Cuestionario sobre calidad de vida específico para la diabetes mellitus - DQOL (Diabetes Control and Complications Trial (DCCT); Portilla, 2011, adaptado por Barrantes y Lora, 2020)

Objetivo: Validar el instrumento de investigación

Dirigido a: Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Atención Primaria Nivel-I. Chicama.

Apellidos y nombres del evaluador:

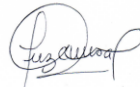
Castañeda Ulloa Luz Amanda

Grado académico del evaluador:

Maestra

Valoración:

Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
				X



.....
Castañeda Ulloa Luz Amanda

DNI 4069019

FICHA DE VALIDACION

Matriz de validación del instrumento

Nombre del instrumento: Cuestionario sobre calidad de vida específico para la diabetes mellitus - DQOL (Diabetes Control and Complications Trial (DCCT); Portilla, 2011, adaptado por Barrantes y Lora, 2020)

Objetivo: Validar el instrumento de investigación

Dirigido a: Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Centro de Atención Primaria Nivel-I. Chicama.

Apellidos y nombres del evaluador:

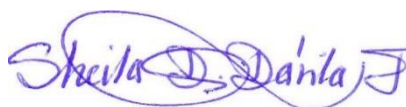
Dávila Jacinto Sheila Dina

Grado académico del evaluador:

Magister en Gestión Pública

Valoración:

Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
				X



.....
Dávila Jacinto Sheila Dina

DNI 40071315

FICHA DE VALIDACIÓN
Matriz de validación del instrumento

Nombre del instrumento: Cuestionario de encuesta sobre Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I). Pender (1996)

Objetivo: Validar el instrumento de investigación.

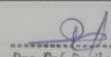
Dirigido a: Personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico del Hospital de Alta Complejidad "Virgen de la Puerta" La Libertad -2019.

Apellidos y nombres del evaluador:
YAPIA UGAL DORILA JUEGENIA

Grado académico del evaluador:
DOCTORA EN ENFERMERIA

Valoración:

Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
			X	


 Dra. En. Dorila Yapia Ugaz
 Apellidos y nombres
 C.E.P. 16254

DNI: 32939794

FICHA DE VALIDACIÓN
Matriz de validación del instrumento

Nombre del instrumento: Cuestionario de encuesta sobre Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I). Pender (1996)

Objetivo: Validar el instrumento de investigación.


Dirigido a: Personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico del Hospital de Alta Complejidad "Virgen de la Puerta" La Libertad -2019.

Apellidos y nombres del evaluador:
Chavez Fernández Consuelo Beatriz

Grado académico del evaluador:
Magister en Gestión de Servicios de Salud

Valoración:

Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
				X


 Consuelo B. Chavez Fernández
 Apellidos y nombres
 C.E.P. 16254

DNI: 18844720

FICHA DE VALIDACIÓN
Matriz de validación del instrumento

Nombre del instrumento: Cuestionario de encuesta sobre Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I). Pender (1996)

Objetivo: Validar el instrumento de investigación.


Dirigido a: Personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico del Hospital de Alta Complejidad "Virgen de la Puerta" La Libertad -2019.

Apellidos y nombres del evaluador:
YAPIA UGAR DORILA EUGENIA

Grado académico del evaluador:
DOCTORA EN ENFERMERIA

Valoración:

Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
			X	


 Dra. Enf. Dorila Yapia Ugaz
 02/11/1994 19:18:18

DNI: 52939794

FICHA DE VALIDACIÓN
Matriz de validación del instrumento

Nombre del instrumento: Cuestionario de encuesta sobre Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I). Pender (1996)

Objetivo: Validar el instrumento de investigación.

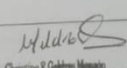
Dirigido a: Personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico del Hospital de Alta Complejidad "Virgen de la Puerta" La Libertad -2019.

Apellidos y nombres del evaluador:
Geldres Monzón Christine Fiorella

Grado académico del evaluador:
Maestra en Salud Pública y Especialista en Centro Quirúrgico

Valoración:

Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
				X


 Christine P. Geldres Monzón
 Apellidos y nombres

DNI: 43256811

FICHA DE VALIDACIÓN

Matriz de validación del instrumento

Nombre del instrumento: Cuestionario de encuesta sobre Perfil de Estilo de Vida (PEPS-1). Pender (1996)

Objetivo: Validar el instrumento de investigación.

Dirigido a: Personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico del Hospital de Alta Complejidad "Virgen de la Puerta" La Libertad -2019.

Apellidos y nombres del evaluador:

Radao Barba Doris Luz

Grado académico del evaluador:

Magister

Valoración:

Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
			X	

Doris Luz Radao Barba

PSICÓLOGA

Apellidos y Nombres

DNI:

45483358

ANEXO 5: VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUECES EXPERTOS: ANALISIS DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES

Ítems	Criterios	Nº de Jueces				
		1	2	3	4	5
1	Los instrumentos recogen información que permite dar respuesta a los problemas de investigación	1	1	1	1	1
2	Los instrumentos propuestos responden a los objetivos del estudio	1	1	1	1	1
3	La estructura de los instrumentos es adecuada	1	1	1	1	1
4	Los reactivos de los instrumentos responden a la operacionalización de las variables	1	1	1	1	1
5	Las secuencias presentadas en los instrumentos facilitan sus desarrollos	1	1	1	1	1
6	Los reactivos o ítems son claros y entendibles	1	1	1	1	1
7	El número de ítems son los adecuados para la aplicación de los instrumentos	1	1	1	1	1
Total		7	7	7	7	7

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

b = Grado de concordancia entre jueces;

Ta = n° total de acuerdos;

Td = n° total de desacuerdos.

$$b = \frac{35}{35 + 0} \times 100$$

Coeficiente de concordancia (CC) = 100.0

ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente:

Yo, Carlos Arturo Pairazaman Carrascal, estudiante de la Escuela de Posgrado de la UCV, estoy realizando un estudio de investigación titulado: Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19. Centro de salud materno "Santa Catalina", para lo cual se requiere su colaboración en el desarrollo de un cuestionario. Habiendo coordinado y obtenido la autorización por parte de la institución de salud, queda debidamente informado acerca de la realización del estudio de investigación que se llevará a cabo durante los meses de _____ . Es por ello que:

1. Al firmar el presente documento autoriza participar en el desarrollo del cuestionario sobre Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina".
2. La información se utilizará sólo para fines de la investigación.

Nombre del Paciente: _____

DNI: _____

Firma:

San Pedro de Lloc, ____ de _____ del _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente:

Yo, Carlos Arturo Pairazaman Carrascal, estudiante de la Escuela de Posgrado de la UCV, estoy realizando un estudio de investigación titulado: Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina", para lo cual se requiere su colaboración en el desarrollo de un cuestionario. Habiendo coordinado y obtenido la autorización por parte de la institución de salud, queda debidamente informado acerca de la realización del estudio de investigación que se llevará a cabo durante los meses de Octubre y Noviembre. Es por ello que:

1. Al firmar el presente documento autoriza participar en el desarrollo del cuestionario sobre Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina".
2. La información se utilizará sólo para fines de la investigación.

Nombre del Paciente: Nelros Raquel Vasquez

DNI: 19189991

Firma:





San Pedro de Lloc, 10 de Noviembre del 2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente:

Yo, Carlos Arturo Pairazaman Carrascal, estudiante de la Escuela de Posgrado de la UCV, estoy realizando un estudio de investigación titulado: Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina", para lo cual se requiere su colaboración en el desarrollo de un cuestionario. Habiendo coordinado y obtenido la autorización por parte de la institución de salud, queda debidamente informado acerca de la realización del estudio de investigación que se llevará a cabo durante los meses de Octubre y Noviembre. Es por ello que:

1. Al firmar el presente documento autoriza participar en el desarrollo del cuestionario sobre Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina".
2. La información se utilizará sólo para fines de la investigación.

Nombre del Paciente: Roquelma Cueva Maria Zola

DNI: 191 87 027

Firma:



San Pedro de Lloc, 06 de Noviembre del 2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente:

Yo, Carlos Arturo Pairazaman Carrascal, estudiante de la Escuela de Posgrado de la UCV, estoy realizando un estudio de investigación titulado: Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina", para lo cual se requiere su colaboración en el desarrollo de un cuestionario. Habiendo coordinado y obtenido la autorización por parte de la institución de salud, queda debidamente informado acerca de la realización del estudio de investigación que se llevará a cabo durante los meses de Octubre y Noviembre. Es por ello que:

1. Al firmar el presente documento autoriza participar en el desarrollo del cuestionario sobre Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina".
2. La información se utilizará sólo para fines de la investigación.

Nombre del Paciente: DORIS ELIZABETH VENTURA SARMIENTO

DNI: 09092883

Firma:

Doris Elizabeth Ventura Sarmiento



San Pedro de Lloc, 28 de Octubre del 2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente:

Yo, Carlos Arturo Pairazaman Carrascal, estudiante de la Escuela de Posgrado de la UCV, estoy realizando un estudio de investigación titulado: Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina", para lo cual se requiere su colaboración en el desarrollo de un cuestionario. Habiendo coordinado y obtenido la autorización por parte de la institución de salud, queda debidamente informado acerca de la realización del estudio de investigación que se llevará a cabo durante los meses de Octubre y Noviembre. Es por ello que:

1. Al firmar el presente documento autoriza participar en el desarrollo del cuestionario sobre Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina".
2. La información se utilizará sólo para fines de la investigación.

Nombre del Paciente: Alexandora Quispe Leon

DNI: 19182321

Firma:

San Pedro de Lloc, 23 de Octubre del 2020



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Paciente:

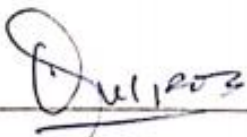
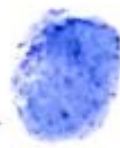
Yo, Carlos Arturo Pairazaman Carrascal, estudiante de la Escuela de Posgrado de la UCV, estoy realizando un estudio de investigación titulado: Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina", para lo cual se requiere su colaboración en el desarrollo de un cuestionario. Habiendo coordinado y obtenido la autorización por parte de la institución de salud, queda debidamente informado acerca de la realización del estudio de investigación que se llevará a cabo durante los meses de Octubre y Noviembre. Es por ello que:

1. Al firmar el presente documento autoriza participar en el desarrollo del cuestionario sobre Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de Covid19. Centro de salud materno "Santa Catalina".
2. La información se utilizará sólo para fines de la investigación.

Nombre del Paciente: ISIDORO GUEZ MELENOR

DNI: 19184190

Firma:

San Pedro de Lloc, 09 de Octubre del 2020

ANEXO 7: CONSTANCIA EMITIDA POR LA INSTITUCION QUE AUTORIZA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION

 **GERENCIA REGIONAL DE SALUD**  **C.E.M. SANTA CATALINA RED PMYO** *Justicia por la Prosperidad*

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"
San Pedro de Uco, 27 de Octubre de 2020.

OFICIO N° E091-2020-GR.LL/GRDS/DRS/RED PMYO-CSM-SC-SPLL-D.

Dr.
CARLOS ARTURO PAIRAZAMAN CARRASCAL
Presente.-

Asunto : ALCANZO AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIA : SOLICITUD S/N.

Por medio del presente me dirijo a usted, para saludarle cordialmente y hacer de su conocimiento que, se autoriza la ejecución del proyecto de investigación "CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO-2, EN TIEMPOS DE COVID19. CENTRO DE SALUD MATERNO SANTA CATALINA".

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes reiterar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

MMRM/dypp
c.c. Archivo

 **GERENCIA REGIONAL DE SALUD, C.E.M. SANTA CATALINA**
[Signature]
RUTH MARILYN MESTIZO FLORES
C. DEPT. V. UYMA
JEFE DE MICRO REG. SANTA CATALINA

ANEXO 8: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

8.1 BASE DE DATOS PILOTO CALIDAD DE VIDA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3
3	4	4	4	3	2	3	3	4	3	4	4	3	2	4	4	4	3	2	3	3	4	3	4	4	3
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
6	3	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	2	3	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4
7	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3
8	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2
9	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	4	2
10	2	2	2	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	2	2	2	4	3	3	3	4	3	4	3	3
11	2	2	2	4	2	3	4	4	4	4	3	2	4	2	2	2	4	2	3	4	4	4	4	3	2
12	4	4	4	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	4	4	4	2	2	2	3	2	3	2	2	2
13	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2
14	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
15	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2
16	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
17	2	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
18	2	4	3	3	2	2	2	4	2	4	4	4	4	2	4	3	3	2	2	2	4	2	4	4	4
19	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4
20	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2

	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46			
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	2	4	4	4	3	2	3	3	4	3	4	4	3	2	3	3	2	4	3	3	2	3	3	2
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	2	3	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	4	2	3	4	2	3	3	3	3	3	3	2
7	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3
8	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2
9	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	3	2
10	3	2	2	2	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3
11	4	2	2	2	4	2	3	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4
12	2	4	4	4	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	4	3	2	4	3	2	2
13	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3
14	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
15	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2
16	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2
17	3	2	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	2	3

18	4	2	4	3	3	2	2	2	4	2	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	4
19	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
20	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2

8.2 ANALISIS DE CONFIABILIDAD DE LA CALIDAD DE VIDA

Estadística de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
Nivel general calidad	,955	,956	46

Estadística de elementos

		Media	Desviación estándar	N
1	¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	2,65	,745	20
2	¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	2,95	,759	20
3	¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?	2,80	,768	20
4	¿Está usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?	2,65	,671	20
5	¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad en su dieta?	2,20	,410	20
6	¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia?	2,70	,470	20
7	¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre su diabetes?	2,75	,550	20
8	¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño?	3,10	,718	20
9	¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades?	2,75	,550	20
10	¿Qué tan satisfecho está con su vida de pareja?	3,10	,718	20
11	¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, y sus actividades caseras?	2,95	,759	20
12	¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo?	2,70	,733	20
13	¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?	2,70	,733	20
14	¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre?	2,65	,745	20
15	¿Qué tan satisfecho está con su vida en general?	2,95	,759	20
16	¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	2,80	,768	20
17	¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	2,65	,671	20
18	¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre?	2,20	,410	20
19	¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	2,70	,470	20
20	¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	2,75	,550	20
21	¿Con qué frecuencia duerme mal por las noches?	3,10	,718	20
22	¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?	2,75	,550	20
23	¿Con qué frecuencia se siente bien con usted mismo?	3,10	,718	20
24	¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	2,95	,759	20
25	¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida de pareja?	2,70	,733	20
26	¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una computadora (o celular)?	2,70	,733	20
27	¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	2,65	,745	20
28	¿Con qué frecuencia falta al trabajo, o actividades caseras por su diabetes?	2,95	,759	20
29	¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	2,80	,768	20
30	¿Con qué frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	2,65	,671	20
31	¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	2,20	,410	20
32	¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	2,70	,470	20
33	¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de su diabetes?	2,75	,550	20

34	¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?	3,10	,718	20
35	¿Con qué frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por sus medicamentos para la diabetes?	2,75	,550	20
36	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre su relación de pareja?	2,70	,470	20
37	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos o nietos?	2,75	,550	20
38	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo o una pensión de jubilación que quiere?	3,10	,718	20
39	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si pierde el seguro?	2,75	,550	20
40	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si sus hijos acabarán de estudiar?	3,10	,718	20
41	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si perderá el trabajo?	2,95	,759	20
42	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	2,70	,733	20
43	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se desmayará?	2,65	,745	20
44	¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?	2,80	,616	20
45	¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?	2,60	,598	20
46	¿Con qué frecuencia se preocupa que lo abandone su pareja o familia a causa de su diabetes?	2,70	,733	20

Estadísticas de elemento de resumen: Medias de elementos							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Nivel General Calidad	2,764	2,200	3,100	,900	1,409	,046	46

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	124,50	304,158	,358	,955
2	124,20	305,326	,306	,955
3	124,35	305,713	,288	,955
4	124,50	300,053	,582	,953
5	124,95	305,945	,551	,954
6	124,45	305,418	,511	,954
7	124,40	303,937	,510	,954
8	124,05	292,997	,834	,952
9	124,40	303,937	,510	,954
10	124,05	292,997	,834	,952
11	124,20	294,168	,741	,953
12	124,45	294,682	,748	,953
13	124,45	299,524	,551	,954
14	124,50	304,158	,358	,955
15	124,20	305,326	,306	,955

16	124,35	305,713	,288	,955
17	124,50	300,053	,582	,953
18	124,95	305,945	,551	,954
19	124,45	305,418	,511	,954
20	124,40	303,937	,510	,954
21	124,05	292,997	,834	,952
22	124,40	303,937	,510	,954
23	124,05	292,997	,834	,952
24	124,20	294,168	,741	,953
25	124,45	294,682	,748	,953
26	124,45	299,524	,551	,954
27	124,50	304,158	,358	,955
28	124,20	305,326	,306	,955
29	124,35	305,713	,288	,955
30	124,50	300,053	,582	,953
31	124,95	305,945	,551	,954
32	124,45	305,418	,511	,954
33	124,40	303,937	,510	,954
34	124,05	292,997	,834	,952
35	124,40	303,937	,510	,954
36	124,05	292,997	,834	,952
37	124,20	294,168	,741	,953
38	124,45	294,682	,748	,953
39	124,45	299,524	,551	,954
40	124,15	303,397	,527	,954
41	124,45	294,682	,748	,953
42	124,45	299,524	,551	,954
43	124,50	304,158	,358	,955
44	124,35	309,292	,201	,955
45	124,55	300,892	,616	,953
46	124,45	299,524	,551	,954

Estadísticas de escala

	Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
Nivel general calidad	127,15	314,029	17,721	46

Coefficiente de correlación intraclase: Medias promedio

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Nivel general calidad	,955	,921	,979	22,047	19	855	,000

ANEXO 9: BASE DE DATOS PILOTO

ESTILOS DE VIDA

	Nutrición						Ejercicios					Responsabilidad en salud								
1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	3	4	3	4	4	4	4	4
2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
3	4	2	2	4	4	2	3	3	3	3	3	2	2	4	2	2	3	3	3	3
4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4
5	4	3	3	4	4	3	4	4	4	5	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4
6	3	4	3	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4
7	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4
9	4	4	3	4	4	3	4	4	4	5	4	3	2	4	2	3	3	4	4	4
10	3	3	2	3	3	2	4	4	4	4	4	2	2	3	2	2	4	4	4	4
11	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	4	4	4	4
12	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
13	5	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	4	3	4	4	4
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
15	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	3	4	4	4	4	5	5	5	5
16	2	3	2	2	2	2	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	4	4	4	4
17	2	3	2	2	2	3	4	4	4	5	4	3	3	2	3	2	3	4	4	4
18	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	2	3	2	3	4	4	4	4
19	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
20	3	2	2	3	3	2	4	4	4	4	4	2	2	3	2	2	4	4	4	4

	Manejo de estrés							Soporte interpersonal							Autoactualización																	
1	4	4	4	5	5	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	4	4	
2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4
3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	
5	4	4	4	5	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
6	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	
7	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
8	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
9	4	4	4	5	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	
10	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
11	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	4	
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
13	5	5	4	5	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	
15	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	2	3	2	2	2	2	2	2	3	
16	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	
17	4	4	4	5	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	
18	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	
19	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
20	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	

Estadísticas de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
Medición general estilos de vida	,942	,949	48
Nutrición	,926	,928	6
Ejercicios	,936	,949	5
Responsabilidad en salud	,867	,896	10
Manejo de estrés	,961	,971	7
Soporte interpersonal	,808	,912	7
Autoactualización	,811	,813	13

Estadísticas de elementos

N°	PREGUNTAS	Media	Desviación estándar	N	
1	NUTRICION	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	3,55	,887	20
2		Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos	3,35	,875	20
3		Comes tres comidas al día	3,10	,852	20
4		Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes	3,45	,759	20
5		Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra	3,45	,759	20
6		Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día.	3,20	,894	20
7	EJERCICIO	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	3,85	,489	20
8		Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	3,85	,489	20
9		Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	3,80	,410	20
10		Checas tu pulso durante el ejercicio físico	4,10	,718	20
11		Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo	3,90	,553	20
12	RESPONSABILIDAD EN SALUD	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	3,20	,894	20
13		Conoces el nivel de colesterol en tu sangre	3,20	,951	20
14		Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud	3,55	,887	20
15		Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	3,20	,951	20
16		Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	3,10	,852	20
17		Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	3,75	,550	20
18		Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	4,00	,324	20
19		Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	4,00	,324	20
20		Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señales de peligro	4,00	,324	20
21		Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	4,00	,324	20
22	MANEJO DEL ESTRÉS	Tomas tiempo cada día para el relajamiento	3,85	,489	20
23		Eres consciente de las fuentes que producen tensión	3,85	,489	20
24		Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	3,80	,410	20
25		Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	4,10	,718	20
26		Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	3,90	,553	20

27		Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	3,85	,489	20
28		Usas métodos específicos para controlar la tensión.	3,80	,410	20
29	SOPORTE INTERPERSONAL	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	3,10	,852	20
30		Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	3,70	,470	20
31		Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	3,95	,224	20
32		Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	4,00	,324	20
33		Pasas tiempo con amigos cercanos	4,00	,324	20
34		Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	4,00	,324	20
35		Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan	4,00	,324	20
36		Te quieres a ti misma (o)	3,85	,489	20
37		Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	3,85	,489	20
38	AUTOACTUALIZACION	Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	3,80	,410	20
39		Te sientes feliz y contento(a)	3,90	,553	20
40		Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	3,85	,489	20
41		Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	3,90	,553	20
42		Miras hacia el futuro	2,85	,671	20
43		Eres consciente de lo que te importa en la vida	2,85	,671	20
44		Respetas tus propios éxitos	2,90	,447	20
45		Ves cada día como interesante y desafiante	2,80	,410	20
46		Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	2,75	,444	20
47		Eres realista en las metas que te propones	2,75	,550	20
48		Crees que tu vida tiene un propósito	3,15	,489	20

Estadísticas de elemento de resumen: Medias de elementos							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medición general estilos de vida	3,598	2,750	4,100	1,350	1,491	,178	48
Nutrición	3,350	3,100	3,550	,450	1,145	,029	6
Ejercicios	3,900	3,800	4,100	,300	1,079	,014	5
Responsabilidad en salud	3,600	3,100	4,000	,900	1,290	,155	10
Manejo de estrés	3,879	3,800	4,100	,300	1,079	,011	7
Soporte interpersonal	3,821	3,100	4,000	,900	1,290	,113	7
Autoactualización	3,323	2,750	3,900	1,150	1,418	,276	13

Estadísticas de total de elemento

	Calidad nivel general		Nutrición		Ejercicios		Responsabilidad en su salud	
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	,520	,940	,860	,902				
2	,728	,938	,687	,926				
3	,681	,939	,831	,906				
4	,471	,941	,817	,909				
5	,471	,941	,817	,909				
6	,757	,938	,723	,921				
7	,593	,940						
8	,698	,939			,801	,927		
9	,636	,940			,866	,916		
10	,644	,939			,936	,912		
11	,679	,939			,828	,936		
12	,757	,938			,849	,917		
13	,639	,939					,731	,842
14	,520	,940					,857	,827
15	,639	,939					,464	,869
16	,681	,939					,857	,827
17	,018	,943					,845	,829
18	,540	,941					,237	,877
19	,540	,941					,538	,864
20	,540	,941					,538	,864
21	,540	,941					,538	,864
22	,593	,940						
23	,698	,939						
24	,636	,940						
25	,644	,939						
26	,679	,939						
27	,698	,939						
28	,636	,940						
29	,681	,939						
30	-,105	,943						
31	,505	,941						
32	,540	,941						
33	,540	,941						
34	,540	,941						
35	,540	,941						
36	,593	,940						
37	,698	,939						
38	,636	,940						
39	,599	,940						
40	,638	,940						
41	,599	,940						
42	,114	,943						
43	,232	,942						
44	-,184	,944						
45	-,098	,943						
46	-,010	,943						
47	,166	,942						
48	-,055	,943						

	Manejo del estrés		Soporte interpersonal		Autoactualización	
	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
22	,827	,958				
23	,914	,952				
24	,956	,951				
25	,828	,967				
26	,837	,958				
27	,914	,952				
28	,956	,951				
29			,354	,911		
30			,303	,826		
31			,686	,785		
32			,872	,745		
33			,872	,745		
34			,872	,745		
35			,872	,745		
36					,498	,795
37					,465	,797
38					,496	,796
39					,579	,787
40					,565	,789
41					,579	,787
42					,391	,806
43					,441	,801
44					,456	,798
45					,234	,813
46					,272	,811
47					,510	,793
48					,361	,805

Estadísticas de escala

	Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
Medición general estilos de vida	172,70	222,221	14,907	48
Nutrición	20,10	18,516	4,303	6
Ejercicios	19,50	5,842	2,417	5
Responsabilidad en salud	36,00	22,105	4,702	10
Manejo de estrés	27,15	10,661	3,265	7
Soporte interpersonal	26,75	4,618	2,149	7
Autoactualización	43,20	13,958	3,736	13

Coefficiente de correlación intraclass: Medias promedio

	Correlación intraclass ^p	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medición general estilos de vida	,942	,898	,973	17,109	19	893	,000
Nutrición	,926	,861	,967	13,469	19	95	,000
Ejercicios	,936	,877	,971	15,579	19	76	,000
Responsabilidad en salud	,867	,760	,939	7,545	19	171	,000
Manejo de estrés	,961	,928	,982	25,857	19	114	,000
Soporte interpersonal	,808	,645	,913	5,218	19	114	,000
Autoactualización	,811	,662	,913	5,299	19	228	,000

ANEXO 10: BASE DE DATOS DEL ESTUDIO

Title: Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19. Centro de Salud Materno "Santa Catalina".

Variable Labels

V1/ Nivel general calidad

V2/ Nivel general estilos de vida

V3/ Nutrición

V4/ Ejercicios

V5/ Responsabilidad en salud

V6/ Manejo de estrés

V7/ Soporte Interpersonal

V8/ Autoactualización

Vaule labels

V1/ 1 'Malo' 2 'Regular' 3 'Bueno'

V2/ 1 'No saludable' 2 'Saludable'

V3/ 1 'No saludable' 2 'Saludable'

V4/ 1 'No saludable' 2 'Saludable'

V5/ 1 'No saludable' 2 'Saludable'

V6/ 1 'No saludable' 2 'Saludable'

V7/ 1 'No saludable' 2 'Saludable'

V8/ 1 'No saludable' 2 'Saludable'

Data List

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
1	1	2	2	1	2	2	2	2
2	1	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	1	2	2	2
4	1	1	1	2	1	1	1	1
5	2	1	1	2	1	1	1	2
6	2	2	2	2	1	2	2	2
7	2	1	1	2	1	1	1	2
8	2	1	2	2	1	1	1	2
9	2	1	1	1	1	1	1	2
10	2	1	1	1	1	1	2	2
11	2	1	1	1	1	1	2	2
12	2	1	2	1	1	1	1	2
13	2	1	2	1	1	1	1	2

14	2	1	2	1	1	1	1	2
15	2	1	1	1	1	1	1	2
16	2	1	2	1	1	1	1	1
17	3	1	2	1	1	1	1	2
18	2	2	2	1	1	2	1	2
19	2	2	2	1	2	2	2	2
20	2	1	2	1	1	1	1	1
21	2	2	2	1	2	2	2	2
22	2	2	2	1	1	1	2	2
23	2	1	1	1	1	1	1	2
24	2	1	1	1	1	1	1	2
25	2	1	1	1	1	1	1	2
26	2	1	1	1	1	1	1	2
27	2	1	1	1	1	1	1	2
28	2	1	2	1	1	1	2	2
29	3	1	1	1	1	1	1	2
30	2	1	1	1	1	1	1	2
31	3	1	1	1	1	1	1	2
32	2	1	1	1	1	1	1	2
33	2	1	1	1	1	1	1	2
34	2	1	1	1	1	1	1	2
35	2	1	1	1	1	1	1	2
36	2	1	1	1	1	1	1	2
37	2	1	1	1	1	1	1	2
38	2	1	2	1	1	1	1	2
39	2	1	1	1	1	1	1	2
40	2	1	1	1	1	1	1	2
41	2	1	1	1	1	1	1	2
42	2	1	1	1	1	1	1	2
43	2	1	1	1	1	1	1	2
44	2	1	2	1	1	1	1	2
45	2	1	2	1	1	1	1	2
46	2	1	1	1	1	1	1	2
47	2	1	1	1	1	1	1	2
48	2	1	1	2	1	1	1	2
49	3	1	1	1	1	1	1	2
50	2	1	1	2	1	1	1	2
51	2	1	2	2	1	1	1	2
52	2	1	1	2	1	1	1	2
53	3	1	1	1	1	1	1	2
54	3	1	1	1	1	1	1	2
55	3	1	1	1	1	1	1	2
56	3	1	1	2	1	1	1	2
57	3	1	2	2	1	1	1	2
58	3	1	2	1	1	1	2	2
59	3	1	1	1	1	1	1	2
60	3	1	1	1	1	1	1	2
61	3	1	1	2	1	1	1	2
62	3	1	2	2	1	1	1	2
63	3	1	1	2	1	1	1	2
64	3	1	1	2	1	1	1	2
65	3	1	1	2	1	1	1	2
66	3	1	1	1	1	1	1	2
67	3	1	1	1	1	1	1	2
68	3	1	2	1	1	1	1	2
69	3	1	1	1	1	1	1	2
70	3	1	2	1	1	1	1	2
71	3	1	1	1	1	1	1	2
72	3	1	1	1	1	1	1	2
73	3	1	1	1	1	1	2	2
74	3	1	1	1	1	1	1	2
75	3	1	1	1	1	1	1	2

76	3	1	1	1	1	1	1	2
77	3	1	1	1	1	1	1	2
78	3	1	1	1	1	1	1	2
79	3	1	1	1	1	1	1	2
80	3	1	1	1	1	1	1	2
81	3	1	1	1	1	1	1	2
82	3	1	1	1	1	1	1	2
83	3	1	2	1	1	1	1	2
84	3	1	1	1	1	1	2	2
85	3	1	2	1	1	1	1	2
86	3	1	1	1	1	1	1	2
87	3	1	1	1	1	1	1	2
88	3	1	1	1	1	1	1	2
89	3	1	1	1	1	1	1	2
90	3	1	1	1	1	1	1	2
91	3	1	1	1	1	1	1	2
92	3	1	1	1	1	1	1	2
93	3	1	1	1	1	1	1	2
94	3	1	2	1	1	1	1	2
95	3	1	1	1	1	1	1	2
96	3	1	1	1	1	1	1	2
97	3	1	2	1	1	1	1	2
98	3	1	1	1	1	1	1	2
99	3	1	1	1	1	1	1	2
100	3	1	1	1	1	1	1	2
101	3	1	1	1	1	1	2	2
102	3	1	1	1	1	1	2	2
103	3	1	1	1	1	1	2	2
104	3	1	1	1	1	1	2	2
105	3	1	1	1	1	1	2	2
106	3	1	1	1	1	1	2	2
107	3	1	1	1	1	1	2	2
108	3	2	1	1	1	1	2	2
109	3	1	1	1	1	1	2	2
110	3	1	1	1	1	1	2	2
111	3	1	1	1	1	1	2	2
112	3	1	1	1	1	1	2	2
113	3	1	1	1	1	1	2	2
114	3	1	1	1	1	1	2	2
115	3	1	1	1	1	1	2	2

En Data

ANEXO 11: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19. Centro de Salud Materno Santa Catalina.

Problema	Hipótesis	Objetivos	Metodología	Resultados	Conclusiones
¿Cuál es la relación entre la calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno "Santa Catalina"?	Existe relación significativa entre la calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno "Santa Catalina".	<p>Objetivo General: Determinar la relación entre calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 del Centro de Salud Materno "Santa Catalina"</p> <p>a) Establecer la relación entre el tipo de nutrición, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno "Santa Catalina";</p> <p>b) Establecer la relación entre el tipo de practica de ejercicios físicos, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno "Santa Catalina";</p> <p>c) Establecer la relación entre la responsabilidad en salud, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno "Santa Catalina";</p> <p>d) Establecer la relación entre el tipo de manejo del estrés, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno "Santa Catalina";</p> <p>e) Establecer la relación entre el tipo de soporte interpersonal, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el</p>	Se desarrolló una investigación descriptiva-correlacional y diseño transversal, involucrando a 115 pacientes que aplicaron para dos cuestionarios estructurados	Se encontró que la calidad de vida Buena (58,3%) y los estilos de vida No saludables (92,2%); la nutrición, No saludable (74,8%); el ejercicio, No saludable (84,3%); responsabilidad en salud, No saludable (97,4%); manejo del estrés, No saludable (93,9%); soporte interpersonal, No saludable (75,7%) y autoactualización, Saludable (97,4%).	Se concluye que existe relación inversa pero significativa entre la calidad de vida con los estilos de vida a nivel general (SpR -,339 y $p < 0,001$) y con sus dimensiones de nutrición (SpR -,301 y $p < 0,05$), ejercicios (SpR -,209 y $p < 0,05$), responsabilidad en salud (SpR -,225 y $p < 0,05$) y el manejo del estrés (SpR -,371 y $p < 0,001$). La relación entre la calidad de vida con la autoactualización es significativa pero positiva (SpR ,225 y $p < 0,05$), mientras que el soporte interpersonal no se relaciona significativamente (SpR ,032 y $p > 0,05$), con la calidad de vida en pacientes con diabetes Tipo-2.

		<p>Centro de Salud Materno "Santa Catalina";</p> <p>f) Establecer la relación entre la autoactualización, inherente a la calidad de vida, con los estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19 atendidos en el Centro de Salud Materno "Santa Catalina"</p>			
--	--	---	--	--	--

ANEXO 12:

CONSTANCIA DE REVISIÓN, CORRECCIÓN Y
ORTOGRAFÍA

Quien suscribe, Ms. María Lucía Díaz Ruiz, Abogada con el Grado de Maestra en Derecho, **DEJA CONSTANCIA DE LA REVISIÓN, CORRECCIÓN Y ORTOGRAFÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:**

CALIDAD Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO-2, EN TIEMPOS DE COVID-19. CENTRO DE SALUD MATERNO "SANTA CATALINA".

El mismo que será presentado por **CARLOS ARTURO PAIRAZAMAN CARRASCAL** para obtener el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que estime convenientes.

Trujillo, 05 de enero de 2021.



Ms. María Lucía Díaz Ruiz
ABOGADA