

Influencia de la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, las creencias y las prácticas del estilo de vida sobre la calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus tipo II.

Trabajo de Grado presentado por:

Fabiana BÁEZ

Michelle COCCARO

A la
Escuela de Psicología
como requisito para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Tutora:

Yolanda CAÑOTO

Caracas, Julio de 2015.

Quiero agradecerle en primer lugar a Dios, porque durante este reto, me supo apretar más no ahorcar. A mami, por darme el ejemplo de dedicación en lo que se tiene vocación. A papi, por siempre creer en que lo iba a lograr. A mis hermanos: Eduard, porque aunque estás lejos me apoyas de cerca, tus éxitos son una motivación para nosotros, Miguel y Miguel Eduardo, por ser mis técnicos personales que lo saben resolver todo. A nonna, por colaborar desde allá arriba prestándonos su casa...Ci manchi. A bongo, por ser el compañero más fiel. Al resto de mi familia, los que están cerca y los que están lejos, en especial a Karina y Tía Nellyta por sus contactos médicos. A Andrés, por ser mi apoyo incondicional, has dejado una marca en todos mis logros. A mis mejores amigos: Carla, Fran, Mare, Isa, Angie, Nella que son quienes siempre han estado ahí y en especial, gracias a mi Fabs, por ser el recuerdo más bonito que me deja este proyecto, no hubiese sido lo mismo sin ti.

Michelle Coccaro Montserrat.

A mis padres por su amor incondicional, ser el mejor modelo a seguir, mi apoyo en todo momento y siempre ponerme retos más altos. A mis hermanos, por ser mis personas favoritas en todo el mundo y darme las mejores hermanas que alguien puede pedir. A mis amigas: Marigabi, por siempre estar ahí y haberme adoptado cuando fue necesario. Heli por ser mi roca. Mariana, por siempre estar ahí. Gaby, Andreina, Mare, Isa, Carms, por todos los momentos de risas y diversión. A Orla, Denn y Gsus, por toda la comprensión y apoyo durante este año. Y en especial a Mich porque con esto aprendes a vivir dos años con una persona, aprendes qué es dar apoyo sin preguntar por qué, el compromiso, la dedicación y la verdadera amistad, esto se logra en equipo y mejor sí puedes reírte (incluso de los nervios) y celebrar siempre con la mejor compañera que se puede tener.
Gracias infinitas a todos por todo y mucho más.

Fabiana Báez Fonseca.

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo, a nuestra guía incondicional Yolanda Cañoto. A penas nos conocíamos de primer año donde todo empezó, ahora nos despedimos siendo colegas. Gracias por darnos la oportunidad de caminar juntas este trayecto, por la paciencia y los momentos compartidos.

A nuestro tutor putativo, Maikel Carrión, gracias por siempre abrirnos un espacio para atender dudas por más obvias que fueran. ¡Este proyecto también es tuyo!

A Tania Boom, por ser nuestra hada madrina, porque sin su apoyo se nos hubiese dificultado, mucho más, reclutar a la muestra. Gracias por la paciencia y dedicación.

A todos los que respondieron las encuestas, por la paciencia y colaboración.

A las instituciones y eventos que nos permitieron administrar los instrumentos.

Y finalmente a la escuela de psicología de la UCAB, por ser ese segundo hogar donde nos formamos como psicólogas, aprendimos lo imaginable y nos transformamos como personas.

INDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	viii
I. Introducción.....	9
II. Marco teórico.....	12
III. Método.....	42
Problema.....	42
Hipótesis (Modelo de ruta propuesto).....	43
Definición de las variables.....	43
Tipo de investigación.....	53
Diseño de investigación.....	54
Diseño muestral.....	55
Instrumentos.....	56
Procedimiento.....	63
IV. Análisis de los datos.....	65
Análisis psicométrico de los instrumentos.....	65
Análisis de descriptivos.....	66
Análisis de ruta.....	75
Modelo de ruta obtenido.....	99
V. Discusión.....	101
Conclusión.....	118
Limitaciones y recomendaciones.....	123
IX. Referencias bibliográficas.....	125
ANEXO A. Cuestionario de Salud (SF-36) para la medición de la calidad de vida.....	143

ANEXO D. Modelo predictivo de la dimensión función física.....	162
ANEXO E. Modelo predictivo de la dimensión rol físico.....	164
ANEXO F. Modelo predictivo de la dimensión dolor corporal.....	168
ANEXO G. Modelo predictivo de la dimensión salud general.....	172
ANEXO H. Modelo predictivo de la dimensión vitalidad.....	176
ANEXO I. Modelo predictivo de la dimensión función social.....	180
ANEXO J. Modelo predictivo de la dimensión rol emocional.....	184
ANEXO K. Modelo predictivo de la dimensión salud mental.....	188
ANEXO L. Modelo predictivo de la dimensión prácticas de la condición, actividad física y deporte.....	192
ANEXO M. Modelo predictivo de la dimensión prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.....	196
ANEXO N. Modelo predictivo de la dimensión prácticas de autocuidado y cuidado médico.....	200
ANEXO O. Modelo predictivo de la dimensión prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.....	205
ANEXO P. Modelo predictivo de la dimensión prácticas de sueño.....	208
ANEXO Q. Modelo predictivo de la dimensión creencias sobre la condición, actividad física y deporte.....	212
ANEXO R. Modelo predictivo de la dimensión creencia sobre la recreación y manejo del tiempo libre.....	216
ANEXO S. Modelo predictivo de la dimensión tiempo de diagnóstico.....	220
ANEXO T. Modelo predictivo de la dimensión tiempo de diagnóstico.....	224

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables medida.....	74
Tabla 2. Coeficientes del Modelo de regresión: Función física.....	77
Tabla 3. Coeficientes del Modelo de regresión: Rol físico.....	79
Tabla 4. Coeficientes del Modelo de regresión: Dolor corporal.....	81
Tabla 5. Coeficientes del Modelo de regresión: Salud general.....	82
Tabla 6. Coeficientes del Modelo de regresión: Vitalidad.....	84
Tabla 7. Coeficientes del Modelo de regresión: Función social.....	86
Tabla 8. Coeficientes del Modelo de regresión: Rol emocional.....	87
Tabla 9. Coeficientes del Modelo de regresión: Salud mental.....	89
Tabla 10. Coeficientes del Modelo de regresión: Condición, actividad física y deporte.....	90
Tabla 11. Coeficientes del Modelo de regresión: Recreación y manejo del tiempo libre.....	91
Tabla 12. Coeficientes del Modelo de regresión: Autocuidado y cuidado médico.....	92
Tabla 13. Coeficientes del Modelo de regresión: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.....	93
Tabla 14. Coeficientes del Modelo de regresión: Sueño.....	94
Tabla 15. Coeficientes del Modelo de regresión: Condición, actividad física y deporte.....	95
Tabla 16. Coeficientes del Modelo de regresión: Recreación y manejo del tiempo libre.....	96
Tabla 17. Coeficientes del Modelo de regresión: Tiempo de diagnóstico.....	97
Tabla 18. Leyenda del diagrama de ruta obtenido.....	100

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Figura 1.</i> Diagrama de rutas propuesto para la predicción de las relaciones indirectas y directas entre la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico, las creencias y las prácticas del estilo de vida con la calidad de vida en pacientes con DM2.....	43
Figura 2. <i>Figura 2.</i> Diagrama de rutas obtenido.....	99

RESUMEN

El presente estudio forma parte de una línea de investigación en el área de la psicología de la salud, que desde hace varios años se ha centrado en el estudio de la calidad de vida como una variable que se ve afectada en los pacientes que sufren enfermedades crónicas, en esta oportunidad se estudiará el impacto en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, ya que en el estudio más reciente realizado en Venezuela, se encontró que es la cuarta causa de muerte (Armada, Curcio, García y Yilich, 2011).

En este sentido, el objetivo de la presente investigación fue estudiar la influencia de la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico, las creencias y las prácticas del estilo de vida sobre la calidad de vida en pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo II. Para ello, se planteó un modelo de ruta que permitió estudiar las influencias directas e indirecta de las variables planteadas, en una muestra constituía por 276 pacientes diabéticos, con edades entre 18 y 85 años. Para ello, se administraron dos instrumentos, el Cuestionario de Salud SF-36 de Ware y Sherbourne (1992) para medir la calidad de vida y el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2003) para medir el estilo de vida.

Los resultados obtenidos indicaron que la dimensión mejor predicha de la calidad de vida general, es la función física y la dimensión del estilo de vida que mejor predice a la calidad de vida, son las prácticas de la condición, actividades físicas y deportes. Con respecto a las variables sociodemográficas edad y sexo, los hombres y los adultos mayores se relacionan con una mejor calidad de vida y en cuanto al tiempo de diagnóstico, este no aporta relaciones significativas con la calidad de vida, sin embargo, se relaciona con la edad.

Todos estos hallazgos destacan el papel mediador del estilo de vida y las variables edad y sexo sobre la calidad de vida del diabético, concebida esta como un constructo multidimensional.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación, tiene por objetivo el estudio de la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II (DM2), y cómo esta es influenciada por la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el estilo de vida del paciente. La calidad de vida fue incluida como concepto en la medicina a mediados del siglo pasado y posteriormente como constructo en la psicología, refiriéndose inicialmente al cuidado personal, luego a la preocupación por la salud y actualmente a la preocupación por la vivencia del sujeto de su vida social, actividad cotidiana y de su propia salud (Vinaccia y Orozco, 2005). Considerando esta noción de calidad de vida, conviene caracterizarla e identificar las variables que la explican, ya que se puede apreciar que es un elemento que tiene gran relevancia social, al tomar en cuenta la valoración subjetiva de la población general y de aquellas personas que sufren de enfermedades crónicas, tales como enfermedades coronarias, cáncer, enfermedades respiratorias, DM2, esclerosis múltiple y SIDA, entre otras (Oblitas, 2010).

La DM2 es una de las enfermedades crónicas que afectan la salud y el bienestar del paciente, además de perjudicar a un gran porcentaje de la población mundial, siendo esta la cuarta causa de muerte según el estudio más reciente realizado en Venezuela (Armada, Curcio, García y Yilich, 2011).

Además, Vinaccia y Orozco (2005) destacan que esta enfermedad al ser un trastorno orgánico funcional, implica cambios en el estilo de vida o hábitos comportamentales del paciente que persisten a lo largo de su vida. Por lo cual la presente investigación se centra en conocer el efecto que el estilo de vida podría tener sobre la calidad de vida de estos pacientes, y su vez comprender cómo se relacionan con variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el tiempo de diagnóstico. Para poder abordar el estudio de la relación entre variables psicológicas y sociodemográficas es necesario delimitar un área de estudio, por lo cual la presente

investigación se encuentra dentro del marco de la psicología de la salud. Brannon y Feist (2001) plantean que la psicología de la salud es una de las disciplinas que ha considerado el estilo de vida, la calidad de vida y al análisis de los comportamientos que afectan la salud física de las personas. La psicología de la salud se corresponde con la división 38 según lo establecido por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013) y se centra en estudiar la relación entre las diversas variables psicosociales y la enfermedad o bienestar personal (Reeve, 1994).

A su vez, hay que tomar en cuenta que la calidad de vida de los pacientes depende también de muchos factores como la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, el estilo de vida, estilos de afrontamiento, conductas de autocuidado, nivel socio económico, entre otros (Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García y Valero, 2002).

Por ende, en la presente investigación se espera encontrar relaciones directas, positivas y estadísticamente significativas entre la edad, el sexo, las creencias y las prácticas sobre el estilo de vida con la calidad de vida. Es decir, se espera que los pacientes de mayor edad, masculinos y con creencias y prácticas saludables del estilo de vida presenten una percepción más favorable de su calidad de vida. Asimismo, se espera encontrar una relación directa, negativa y estadísticamente significativa entre el tiempo de diagnóstico y la calidad de vida, donde aquellos pacientes con un menor tiempo de diagnóstico presenten una percepción más favorable de su calidad de vida. La contrastación metodológica de dichas relaciones se llevará a cabo mediante un diseño de rutas.

La presente investigación se realizará bajo las condiciones éticas necesarias, tomando en cuenta la confidencialidad de los resultados, el trato respetuoso y el anonimato de los voluntarios, utilización de procedimientos idóneos para la investigación, tales como la objetividad, y confiabilidad de los instrumentos y el apropiado uso de la información obtenida (Escuela de Psicología, 2002). Esta

investigación está diseñada y realizada para brindar una importante contribución a la sociedad, específicamente, en el área de psicología de la salud, por lo que también sirve de base para el desarrollo futuro de programas interesados en personas que padecen la DM2, así como un guía para el cambio conductual, donde se promueva una mejor calidad de vida en el paciente diabético.

II. MARCO TEÓRICO

A pesar de los avances científicos que posibilitan alargar la vida, es una realidad la existencia e incremento de las enfermedades crónicas que no tienen cura, sino que dependen de las medidas de protección, tratamiento y seguimiento de la enfermedad (Vinaccia, Escobar, Andrade, Contreras y Tobón, 2006). Tal es el caso de la Diabetes Mellitus (DM), síndrome determinado por la presencia de una elevada cantidad de glucosa en la sangre, conocida como hiperglucemia crónica, que se encuentra asociado a otros trastornos metabólicos de los lípidos y proteínas. A su vez, este síndrome se ve afectado por factores genéticos y ambientales, que tienen una tendencia a originar dificultades vasculares específicas (Oblitas, 2010).

Esta enfermedad es causada por una falla en la secreción o actividad de la hormona insulina y su origen fisiológico se encuentra en el páncreas, en el cual están presentes los islotes de Langerhans que producen varias hormonas, entre ellas el glucagón, el cual estimula la secreción de glucosa y eleva los niveles de azúcar en la sangre, y la insulina la cual reduce el nivel de glucosa en la sangre (Brannon y Feist, 2001).

La Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2005), clasifica la DM en cuatro tipos: (a) la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), en la que existe una deficiencia absoluta de insulina; (b) la diabetes mellitus tipo 2 o no insulino dependiente (DM2), generada como consecuencia de un defecto progresivo en la secreción de insulina; (c) la diabetes gestacional, la cual es diagnosticada durante el embarazo y (d) la pre-diabetes o intolerancia a la glucosa, cuya condición puede ser prevenida. La presente investigación se encuentra delimitada en la DM2, ya que es el tipo de diabetes con mayor prevalencia en la población mundial y representa el 90% de los casos (Mediavilla, 2009).

La DM2 es un problema de salud, cuya prevalencia es alta ya que es la cuarta

causa de muerte en Venezuela (Armada, Curcio, García y Yilich, 2011) y se estima que 1 de cada 20 muertes en el mundo son atribuidas a esta enfermedad (Mediavilla, 2009).

Estos resultados son congruentes con los hallazgos encontrados por Mediavilla (2009), quien señala que la DM2 se da con mayor incidencia en personas con más de 30 años de edad, mostrando como señal la hiperglucemia, aunque también podrían aparecer otros síntomas asociados tales como la piel seca, visión borrosa, orinar frecuentemente, picazón en la piel, heridas que sanan lentamente, sensación de hambre, pérdida de peso, debilidad, infecciones en la piel y adormecimiento de los pies, entre otros (Cano, 2004). A su vez, esta enfermedad está asociada con complicaciones como enfermedades coronarias y vasculares periféricas, accidentes cerebrovasculares, neuropatía diabética, amputaciones, insuficiencia renal y ceguera (Svetlana, 2010). El tratamiento ideal para los pacientes con DM2, es aquel que esté dirigido a reducir dichos síntomas asociados, prevenir las complicaciones agudas y crónicas como las cardiovasculares, así como también lograr que el paciente tenga una esperanza de vida similar a los no pacientes (Mediavilla, 2009).

Asimismo, dicha enfermedad ha tenido diversas aproximaciones y ha sido estudiada por áreas como la psicología conductual, psicología de la salud y la medicina (Reynoso y Seligson, 2005). La presente investigación será abordada bajo la perspectiva de la psicología de la salud, la cual según la división 38 de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013), busca trasladar las contribuciones de la psicología, al conocimiento de la salud y la enfermedad.

La psicología de la salud es definida por Brannon y Feist (2001) como la rama de la psicología que toma en cuenta aquellas condiciones que interfieren en la salud, permite realizar diagnósticos y tratamientos ante enfermedades crónicas y ayuda al cambio conductual durante la rehabilitación fisiológica y psicológica.

Como se puede apreciar, la calidad de vida es un constructo de gran relevancia en el área de la psicología de la salud, ya que ambos se relacionan con el bienestar de las personas y estimulan su inserción en el núcleo familiar y social (Fernández, García, Sidelnikow, Silva y Suárez, 2010).

Además, Delgado-Quiroz, Quincha-Barzallo y Méndez-Suarez (2003) señalan que en el área de la salud, la práctica médica tiene por objetivo garantizar la calidad de vida del paciente mediante la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas, ya que no resulta posible lograr una cura total de la enfermedad. De igual modo, García y Suárez (2007) señalan que la DM2 afecta la calidad de vida de las personas que la padecen, ya que deben someterse al tratamiento de por vida y esto ocasiona el deterioro significativo de la funcionalidad del paciente y su sensación de bienestar, generando además, alteraciones psicológicas tales como frustración, baja autoestima, depresión y ansiedad, que a su vez podrían aumentar la morbilidad y mortalidad asociada con la enfermedad (ADA, 2002; Mena, Martín, Simal, Bellido y Carretero, 2006). Por ende, se considera conveniente abordar el marco conceptual que define y explica el término calidad de vida.

El estudio de la calidad de vida se remonta a mediados del siglo XX (García-Gómez, 2005). Fue introducida como concepto en la medicina a mediados de los años 50 y posteriormente como constructo en la psicología (Vinaccia y Orozco, 2005). Inicialmente hizo referencia al cuidado personal, posteriormente a la preocupación por la salud e higiene pública, seguido de los derechos humanos, la capacidad de acceso a bienes económicos y finalmente a la preocupación por la vivencia de la persona de su vida social, actividad cotidiana y de su propia salud (Vinaccia y Orozco, 2005).

Por su parte, Oblitas (2010) define a la calidad de vida como la percepción y estimación del bienestar objetivo ante situaciones reales. Por otro lado, García-Gómez (2005) hace referencia a la calidad de vida como una evaluación subjetiva del

individuo, que incluye dimensiones positivas y negativas, y que se relaciona de manera cercana con un contexto cultural, social y ambiental determinado. Igualmente Vinaccia y Orozco (2005) considera que la calidad de vida es un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado un sentimiento de bienestar personal, y además dicho juicio se encuentra relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por las instituciones de salud, ni generalizarse de un paciente a otro, ya que, se han observado diferentes percepciones entre el mismo paciente, sus familiares y las instituciones de salud, así como discrepancias en su evaluación, por ende, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida al ser este, un concepto subjetivo (Ramírez, Durón, Rivera y Aguilar, 2002).

Además de estas nociones, la necesidad de contar con indicadores del desarrollo del estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, ha permitido el estudio de lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Romero-Massa, Acosta-Ospino, Carmona-Castilla, Jaimes-Sarmiento, Masco-Mier, Áez-Góngora et al., 2010). De esta forma Monteagudo-Piqueras, Hernando-Arizaleta y Palomar-Rodríguez (2008) definen a la CVRS como la percepción subjetiva del paciente en cuanto al nivel en que su enfermedad afecta su bienestar y satisfacción. De la mano con esta idea, Urzúa (2010) define CVRS a las limitaciones apreciadas por el propio sujeto en sus actividades cotidianas, sociales, funcionamiento psicológico y en su calidad de vida en general, como consecuencia de presentar dolor, malestar y disfunción física. Oblitas (2010), agrega a estas ideas que la CVRS es la evaluación de los beneficios y consecuencias de los procesos terapéuticos para afrontar una enfermedad.

Madrigal, Velandrino y Ruzafa (2008) señalan que las definiciones de la CVRS se derivan de las definiciones de salud y calidad de vida planteadas por la

OMS, por lo cual “la conceptualización y medida de la CVRS no puede ser independiente de las normas culturales y debe representar el impacto que la enfermedad y el tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su satisfacción y bienestar físico, psíquico, social y espiritual” (p. 468).

Considerando los planteamientos anteriores, se puede decir que la CVRS está conformada por factores que incluyen metas personales, valores, expectativas, comportamiento social, entre otros, lo que indica que debe ser analizada de manera multidimensional (Carpio, Pacheco, Flores y Canales, 2000). Para ello, Vilagut, Ferrera, Rajmilb, Rebollo, Permanyer, Quintana, et al. (2005) establecen en concreto ocho dimensiones que influyen en la calidad de vida. Estas hacen referencia a: (a) la función física o grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse y realizar esfuerzos; (b) rol físico o grado en que la salud física interfiere en las actividades diarias generando un rendimiento menor que el deseado; (c) dolor corporal, se considera la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual tanto fuera de casa como en el hogar; (d) la salud general o la valoración personal de la salud, que incluye la salud actual como en el futuro y la resistencia a enfermar; (e) vitalidad o el sentimiento de energía frente al sentimiento de cansancio y agotamiento; (f) la función social o el grado en que los problemas de salud física interfieren en la vida social habitual; (g) el rol emocional o el grado en que los problemas emocionales interfieren en las actividades diarias incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo y (h) la escala de salud mental, que incluyen depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general. Adicional a estas ocho dimensiones los autores plantean un ítem adicional de transición del estado de salud general respecto al año anterior, el cual no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones.

Diferentes investigaciones han tomado en cuenta dichas dimensiones para basar los resultados de sus estudios, tal como hicieron, Hervás, Zabaleta, De Miguel,

Beldarrain y Diez (2007) quienes llevaron a cabo un estudio en España donde buscaban evaluar el impacto de la DM2 en la CVRS. Para ello utilizaron una muestra de 95 pacientes con DM2, cuyos resultados arrojaron que dichos pacientes presentan una peor CVRS en las siguientes dimensiones del instrumento (SF-36) el cual proporciona un perfil del estado de salud y su impacto sobre la calidad de vida: función física ($X=76,6$), dolor corporal ($X=73,7$), salud General ($X=54,7$), función social ($X=84,2$), rol emocional ($X=84,7$). Por lo que en conclusión, el estudio permite apreciar que la DM2 se relaciona con una mala CVRS, ya que en la mayoría de las dimensiones se puntúa una baja CVRS. De igual manera, Romero-Massa et al. (2010) llevaron a cabo un estudio para determinar la calidad de vida de los pacientes con DM2 en una muestra de 161 pacientes. Los resultados hallados muestran que de las dimensiones con menor puntuación en la calidad de vida fueron el rol físico (40,3%), la salud general (37,5%) y el dolor corporal (33%).

Al ser la calidad de vida un constructo amplio y complejo, no solo se relaciona con las variables psicológicas ya mencionadas sino que también se relaciona con variables sociodemográficas tales como la edad y el sexo. Así en cuanto a la edad en relación a la DM2, Cunha (2008) realizó una investigación la cual tuvo por objetivo el estudio de las variables psico-sociales que se relacionan con la calidad de vida en diabéticos. Para ello el autor empleó una muestra de 266 pacientes con DM2 cuya edad promedio era de 51 años. Cunha (2008) explica que a medida que la edad de los diabéticos aumenta, las complicaciones crónicas tienden a ser más graves y por ende tiene una influencia negativa en la calidad de vida. Por su parte, Svetlana (2010) enfocó su estudio en la calidad de vida y su relación con variables psico-sociales en pacientes con DM2, encontrando que el 75% de los menores de 65 años de edad, tienen peor calidad de vida, ya que a menor edad las personas tienen una percepción de sí mismos como menos saludables, mientras que aquellas personas de mayor edad asumen que muchas de las enfermedades con las que lidian son propias del adulto mayor.

Franch-Nadal, Álvarez-Torices, Álvarez-Guisasola, Domínguez, Hernández-Mejía y Cueto-Espinar (1992) llevaron a cabo un estudio transversal que tuvo como fin estudiar la prevalencia de la DM2 en la población adulta en España y cómo la edad pudiese estar relacionada con los factores de riesgo de la enfermedad. Los autores seleccionaron a los 572 participantes a través de un muestreo estratificado, los cuales se encontraban entre los 35-50 años. Franch et al. (1992) plantean en base a los resultados de su investigación, que existe una relación entre la edad y la presencia de DM2 de manera consistente ($F = 19$; $p < .001$), sin registrar casos de DM2 en participantes menores de 50 años. Asimismo, señalan que el intervalo de edad con mayor frecuencia de pacientes diabético es entre los 50 y los 64 años (14%) y a partir de los 65 años se observa un decrecimiento en la prevalencia de la DM2 (7%).

Por ende, ante estos resultados contradictorios, en la presente investigación se espera que la edad se relacione de manera positiva con la percepción de la calidad de vida en los pacientes con DM2, es decir que aquellos pacientes de mayor edad presenten una mejor percepción de su calidad de vida.

En lo que respecta a la calidad de vida en relación con el sexo, Rondón (2011) plantea que las mujeres con DM2 presentan niveles más graves de depresión, lo que se relaciona con una menor percepción de la calidad de vida. Este resultado es congruente con lo obtenido por Barrentes (2010), quien realizó un estudio con el fin de determinar qué factores sociodemográficos están asociados a la calidad de vida de pacientes con DM2, en una muestra de 210 pacientes y con base en los resultados obtenidos, el autor señala que las mujeres tienen una mayor tendencia a presentar síntomas depresivos en relación a su enfermedad, lo que disminuye su calidad de vida.

El estudio transversal realizado por Monteagudo-Piqueras et al. (2008) tuvo por objetivo valorar la CVRS de los pacientes con DM2 de España. Fue llevado a cabo en una muestra de 1483 pacientes diabéticos, a quienes se les administró el

cuestionario de calidad de vida (SF-12) que es una versión reducida a 12 ítems de preguntas del SF-36 y lo administraron vía telefónica. Con dicho instrumento, los autores obtienen dos puntajes globales, (a) el índice de salud físico (ISF) y (b) el índice de salud mental (ISM). Entre los resultados obtenidos, los autores destacan que de manera general un 34,04% de los pacientes manifestaron tener una buena calidad de vida en relación al ISF, y un 57,23% reportaron una buena calidad de vida en relación al ISM. Los autores encontraron que aquellos pacientes que realizan actividades físicas, presentan una mejor CVRS. Monteagudo-Piqueras et al. (2008) explican esta diferencia entre hombres y mujeres aludiendo al hecho de que las mujeres suelen realizar una peor valoración de su estado de salud que los hombres.

En base a lo planteado, en la presente investigación se espera obtener una relación entre el sexo y la calidad de vida de los pacientes con DM2, en donde los pacientes del sexo masculino presenten una mejor percepción de su calidad de vida que aquellos pacientes del sexo femenino.

Entre otros de los factores que se relacionan con la calidad de vida del paciente diabético, se encuentra el tiempo de diagnóstico, entendido como el tiempo que transcurre desde que la persona está al tanto de que padece cierta enfermedad, hasta el momento actual (Svetlana, 2010).

Para evaluar la influencia de esta variable sobre la calidad de vida, De los Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero (2003), llevaron a cabo una investigación cuyo fin era determinar con la Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (ESCAVIRS), el impacto del deterioro de la calidad de vida según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y la edad de la muestra, la cual estaba conformada por 100 pacientes con DM2. Los resultados revelaron que tienen más riesgo para deterioro en la calidad de vida, aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DM2 ($X^2 = 44.96$; $p = .004$) y edad mayor de 50 años ($X^2 = 42.68$; $p = .003$).

Svetlana (2010), también realizó una investigación cuyo objetivo era determinar la relación de las variables socio demográficas con los parámetros de la evaluación de calidad de vida más afectados por la DM2 en 250 pacientes. Sus resultados demostraron que a menor tiempo de diagnóstico, la persona presenta una peor calidad de vida ($M = 16.7$), ya que siente que nunca más va estar sano, debido a que presenta una enfermedad crónica como la DM2.

Por su parte, Avanbakht, Abolhasani, Mashayekhi, Baradaran y Jahangiri (2012) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de medir la calidad de vida en pacientes con DM2, para determinar cuáles variables sociodemográficas se asocian con una mejor calidad de vida. Para medir la calidad de vida utilizaron dos instrumentos, el EuroQol-5 (EQ-5D) y la Escala Analógica Visual (VAS) en una muestra conformada por 3918 pacientes con DM2 iraníes. Específicamente en cuanto al tiempo de diagnóstico, los resultados indicaron que a mayor tiempo de diagnóstico de la enfermedad, mayor probabilidad de que los pacientes presenten una peor calidad de vida, puntajes reflejados en las dimensiones de los instrumentos utilizados: (a) movilidad (Odds ratio = 1,27; $p < .001$); (b) autocuidado (Odds ratio = 1,26; $p < .035$); (c) actividades cotidianas (Odds ratio = 1,33; $p < .004$); (d) dolor (Odds ratio = 1,38; $p < .001$) y (e) depresión (Odds ratio = 1,38; $p < .001$) (Avanbakht et al., 2012).

De igual forma, Thommasen y Zhang (2006) llevaron a cabo una investigación en 127 pacientes con DM2, con el fin de determinar la relación existente entre la calidad de vida y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad. Para ello utilizaron el instrumento de calidad de vida SF-36, cuyos resultados indican que un incremento en el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, está asociado con una disminución en la calidad de vida de los pacientes, específicamente en las siguientes dimensiones: (a) función psíquica ($M = 61.3$); (b) rol físico ($M = 28.9$) y (c) salud en general ($M = 49.7$) (Thommasen y Zhang, 2006).

Otra investigación que a su vez sustenta dicha relación entre la calidad de vida y el tiempo de diagnóstico en pacientes con DM2, la llevaron a cabo Kalda, Rätsep y Lember (2008), cuyos resultados en una muestra de 200 pacientes con DM2, indican que las dimensiones de la calidad de vida que se encuentran significativamente afectadas por un largo tiempo de diagnóstico, son: (a) fatiga ($B = 0.190$, $p = .021$) ; (b) bienestar emocional ($B = 0.244$, $p = .003$); (c) función social ($B = 0.180$, $p = .02$) y (d) salud en general ($B = 0.300$, $p = .020$) (Kalda et al., 2008).

En conclusión, en la presente investigación se espera encontrar una relación negativa entre el tiempo de diagnóstico y la calidad de vida, en donde los pacientes con DM2 con un menor tiempo de diagnóstico presenten una peor calidad de vida, ya que se asume que a menor tiempo de padecer con las consecuencias de la enfermedad, la persona siente que nunca más va estar sano, mientras que a mayor tiempo de padecerla, habrá tenido tiempo de aceptar y acostumbrarse a las modificaciones conductuales que se asocian con la enfermedad.

Como se puede apreciar tras las investigaciones previas, alcanzar una mejor calidad de vida en el paciente con DM2, depende no solo del control médico-científico sino también de las acciones del entorno a las que el paciente se encuentra vinculado (Castillo-Guzmán, Arocha-Meriño, Armas-Rojas, Castillo-Arocha, Cueto-Cañabate, y Herrera-Giró, 2008). Por esta razón, en pacientes con DM2 resulta de gran importancia el estudio del estilo de vida, ya que el inicio y el transcurso de esta enfermedad, no se ven únicamente influenciados por los factores genéticos, sino que también se ven influenciados por el papel activo de la persona sobre la enfermedad, es decir la dieta alimentaria que lleva, cumplir con el tratamiento médico, la actividad física que realiza y el consumo de sustancias como alcohol y tabaco (Balcázar, Gurrola, Colín y Esquivel, 2009).

El estudio del estilo de vida como concepto en el área de la salud, tuvo su mayor apogeo durante la década de los años ochenta, ya que los investigadores

llevaron a cabo diversos intentos por clarificar su definición (Vargas-Oreamuno, 2010). El autor señala que el estudio sobre el estilo de vida se quedaría corto si se limitara únicamente a los aspectos médicos epidemiológicos, siendo su concepción inherente a otras dimensiones de la vida, como lo serían el ámbito social, cultural y económico.

De esta manera, el estilo de vida es entendido como el conjunto de hábitos comportamentales de una persona y patrones de conducta identificables que reflejan consistencia en el tiempo (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2003). Dichos patrones de conducta identificables son la condición física, la actividad física y deporte, la recreación y el manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimentarios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño (Arrivillaga et al., 2003).

Por su parte, García, Merino y Silva (1998) definen al estilo de vida como:

Una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables como lo son la actividad física, la dieta alimentaria, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (p. 27).

El estilo de vida también puede ser considerado como aquellos tipos de hábitos, actitudes, conductas y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, ante las distintas circunstancias en las que el ser humano se desenvuelve en sociedad y que son susceptibles de ser modificados (Sanabria-Ferrand, González, y Urrego, 2007).

Por su parte, el estilo de vida promotor de salud, es entendido como el conjunto de actitudes y conductas que desarrolla una persona con el objeto de

incrementar su nivel de bienestar y que resultan parte regular de sus patrones de vida (Cid, Merino y Stieповich, 2006). Arrivillaga et al. (2003) hacen referencia a los estilos de vida saludables como aquellos que incluyen tanto creencias y conocimientos como conductas y acciones para mantener o restablecer la salud y que el cumplimiento de este estilo de vida puede conducir a la optimización de la calidad de vida.

Cid et al. (2006) mencionan que la práctica de un estilo de vida saludable es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas del paciente, así como también por creencias, cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos. Asimismo, el estilo de vida considerado como poco saludable es entendido como un conjunto de conductas que pueden resultar perjudiciales para la salud, como lo es el consumo de alcohol y tabaco, el desequilibrio dietético y la no práctica de ejercicio físico (Cid et al., 2006).

Arrivillaga et al. (2003) delimitan en su investigación estos patrones de comportamiento o prácticas y creencias identificables a un total de seis dimensiones; (a) condición, actividad física y deporte, (b) recreación y manejo del tiempo libre, (c) autocuidado y cuidado médico, (d) hábitos alimenticios, (e) consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y (f) sueño. Estas dimensiones han sido definidas y contextualizadas por Lema-Soto, Salazar-Torres, Varela-Arévalo, Tamayo-Cardona, Rubio-Sarria y Botero-Polanco (2009) a través de la revisión teórica de las mismas.

En primer lugar, Lema-Soto et al. (2009) hacen referencia a la condición, actividad física y deporte, como movimientos corporales y actividades que impliquen una inversión de energía mayor que la consumida durante un estado de reposo y que a su vez, favorecen la salud. Igualmente los autores destacan que realizar ejercicio o tener actividad física de manera frecuente disminuye el riesgo de complicaciones en las enfermedades crónicas, así como también las previene. Además a nivel psicológico ayuda a la regulación emocional, reduce la ansiedad, la tensión y la

depresión y aumenta la sensación de bienestar (Lema-Soto et al., 2009).

En segundo lugar, la recreación y manejo del tiempo libre, son definidos por Lema-Soto et al. (2009) como aquellas actividades dirigidas a satisfacer sus gustos e intereses, causando placer y descanso, lo que se relaciona a su vez, con una buena calidad de vida.

En tercer lugar, el autocuidado y manejo médico alude a los comportamientos de tipo voluntario que el paciente realiza en beneficio de su salud, es decir, que evitan la aparición de lesiones y detectan a tiempo los síntomas (Lema-Soto et al., 2009). En el caso de los pacientes con DM2, este factor resulta de gran importancia, ya que como señalaron Romero-Massa et al. (2010), esta enfermedad requiere llevar un control farmacológico, cumplir un determinado tratamiento, control glucémico y vigilar las posibles complicaciones.

En cuarto lugar, se encuentra la dimensión de hábitos de alimentación, ésta alude a la ingesta de alimentos, el tipo de la ingesta y qué alimentos, así como también el horario y la regularidad con la que se da (Lema-Soto et al., 2009). Los hábitos de alimentación se relacionan en gran medida con el transcurso de la DM2, ya que estas acciones permiten satisfacer las necesidades físicas del organismo, pero a su vez, los trastornos de la alimentación pueden conllevar a la aparición de graves consecuencias, como las alteraciones endocrinas y metabólicas que originan, posteriormente, miocardiopatía, arritmias cardíacas y la muerte, que resultan ser las principales complicaciones de esta enfermedad (Svetlana, 2010; Lema-Soto et al., 2009).

En quinto lugar, el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias, se refiere a la ingesta, aplicación y absorción de cualquier tipo de sustancia que genere alteraciones en el sistema nervioso central (Lema-Soto et al., 2009). Los autores señalan que el consumo de estas sustancias está relacionado con alteraciones en todo

el cuerpo humano, y su consumo en conjunto de la presencia de la DM2 puede ocasionar un deterioro en la enfermedad, por ello resulta de gran relevancia para el estudio de la calidad de vida de los pacientes con DM2.

Por último, el sueño es definido por Lema-Soto et al. (2009) como el estado de reposo del organismo en donde el paciente presenta bajos niveles de actividad fisiológica. Dicho autor plantea que el sueño contribuye a que el organismo recupere la energía vital necesaria para percibir un estado de salud favorable, lo que se asocia con una mejor calidad de vida.

Las definiciones previamente planteadas sobre el estilo de vida se basan en pautas conductuales observables entendidas como prácticas sobre el estilo de vida, pero adicional a ello Lema-Soto et al. (2009) plantean otra clase de variables distintas a través de las cuales también es posible comprender al estilo de vida, siendo estas las creencias, las expectativas, los motivos, los valores y las emociones. Por lo tanto, resulta importante destacar que a fines de la presente investigación, se realizará una distinción entre el estilo de vida entendido en función de las conductas o prácticas de los pacientes diabéticos y las creencias que dichos pacientes tengan sobre el estilo de vida, entendiéndose como dos variables diferentes, ya que se considera pertinente explorar qué asociación existe entre las creencias y las prácticas de los pacientes con DM2 y cómo estos a su vez se pudiesen relacionar con su calidad de vida.

De este modo, las creencias son definidas por Sanabria-Ferrand et al. (2007) y Cuadrado, Gaviria, Morales y Moya (2007) como una evaluación positiva o negativa sobre un objeto que realiza una persona a través de sus pensamientos e ideas. De esta manera, las creencias sobre el estilo de vida serán entendidas en la presente investigación como la evaluación favorable y desfavorable que la persona realiza a través de sus pensamientos e ideas en relación a su estilo de vida y su salud entorno a la DM2.

Hogg y Vaughan (2008) plantean que el modo más confiable de predecir la conducta de una persona es a través de la interacción que se da entre sus creencias y sus intenciones conductuales, destacando que algunas creencias son más fuertes y valoradas que otras y por ello tienen un mayor efecto en sus prácticas conductuales.

En congruencia con lo planteado por Hogg y Vaughan (2008), Acosta-González, Debs-Pérez, De la Noval-García y Dueñas-Herrera (2005) señalan que la percepción que la persona tiene de su enfermedad, está influenciada por su estructura de personalidad y sus creencias sobre la salud. Igualmente expresan que una persona aceptará un cambio en las prácticas de su estilo de vida, en el momento en que perciba los riesgos que implica no asumir este cambio en su conducta. Asimismo, el seguimiento de las recomendaciones e indicaciones médicas va a depender en gran medida de las creencias que tenga el paciente en relación a su salud y su estilo de vida.

Los resultados obtenidos por Acosta-González et al. (2005), hacen referencia a que el 51,6% ($n = 85$) de los pacientes de su muestra cumplen con una práctica de estilo de vida saludable, mientras que el 45,4% ($n = 75$) de los participantes cumplen ocasionalmente con esta práctica y el 3% ($n = 5$) restante no las realiza nunca, ante lo cual plantean que este último grupo de participantes no tiene incorporadas las creencias en salud que actúan como moduladoras de su estilo de vida.

Por su parte, los resultados obtenidos en relación a la amenaza o vulnerabilidad ante las complicaciones de la enfermedad por Acosta-González et al. (2005), demuestran que los participantes de este estudio no tienen incorporado en sus creencias sobre la salud, a la percepción de riesgo como necesaria para lograr la adherencia al tratamiento, la cual es entendida como un indicador de una práctica saludable del estilo de vida.

Estos autores concluyen que para poder generar un cambio en las prácticas del

estilo de vida de los pacientes es necesario primero modificar sus creencias acerca de la enfermedad y para esto la persona debe incorporar, la creencia sobre la amenaza que puede representar la enfermedad para su salud y las creencias sobre los beneficios que puede traer consigo llevar una práctica de estilo de vida saludable (Acosta-González et al., 2005).

En el caso específico de la DM2, Elizondo-Armendáriz, Guillén-Grima y Aguinaga-Ontoso (2005) expresan que la evolución y condición de la enfermedad se ve influenciada por diferentes componentes del estilo de vida como la práctica de la actividad física y las prácticas alimentarias, aludiendo además que en repetidas ocasiones el deterioro en la condición del paciente y en su calidad de vida, es debido a que la persona presenta creencias erróneas sobre dichos componentes, es decir los pacientes emiten el juicio cognitivo de que realizar una actividad física y llevar una alimentación adecuada no tiene un efecto sobre su salud.

Entre los resultados obtenidos, Elizondo-Armendáriz et al. (2005) exponen que los pacientes tienden a percibir a la DM2 como una enfermedad peligrosa ante la cual no tienen ningún control o dominio que les permita disminuir el deterioro que ocasiona. Asimismo, Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina et al. (2004) sugieren que un estilo de vida saludable es fundamental para el manejo de la DM2 y de la calidad de vida del paciente, así como también pueden ser predichos por las representaciones cognitivas o creencias que la persona tiene sobre la enfermedad, en especial el pensar que es capaz de controlar la enfermedad.

López-Fontana, Martínez-González y Martínez (2003) realizaron una descripción teórica sobre los estilos de vida que se encuentran presentes en la sociedad de hoy en día, específicamente en relación a la actividad física realizada por las personas. Los autores señalan que a nivel mundial existe un descenso en la actividad física realizada, debido a las condiciones de las sociedades, en donde se ha aumentado el tiempo de productividad laboral y los medios de transporte como los

carros. Este descenso impacta en la calidad de vida de las personas debido a que aumentan los índices de obesidad y disminuyen los beneficios que se obtendrían en caso de realizar ejercicio. Asimismo, los autores señalan que realizar ejercicio tiene beneficios directos sobre sensibilidad a la insulina, la tolerancia a la glucosa, el peso corporal y la tensión arterial.

Asimismo, Márquez (1995) describe que uno de los beneficios de realizar actividades físicas es sentirse bien, haciendo referencia a que una persona se siente mejor luego de haber realizado ejercicio, ya que alivia la tensión y genera una sensación de bienestar tanto física como mental.

Molina-García, Castillo y Pablos (2007) realizaron una investigación que tuvo por objetivo un análisis del bienestar psicológico y la práctica deportiva de universitarios. Los autores emplearon una muestra de 121 estudiantes, de los cuales 72 eran hombres y 49 mujeres, con una edad promedio de 21 años. Los autores encontraron que los hombres tienden a realizar una mayor actividad física que las mujeres y que no existen diferencias entre sexos en relación al nivel de vitalidad percibido. Por ello, en la presente investigación se espera encontrar una relación positiva entre la actividad física realizada por el paciente y la vitalidad percibida y no se espera encontrar una relación significativa entre el sexo y la vitalidad.

Por su parte, Sanabria-Ferrand et al. (2007) explican que el estilo de vida de una persona puede ser descrito como un proceso de aprendizaje que puede darse a través de la asimilación o imitación de patrones familiares o de grupos formales o informales, pero a su vez también es posible describirlo a través de variables de tipo cognitivo, que aportan una explicación sobre por qué una persona adopta o no un comportamiento particular en favor o en contra de su salud, como lo serían las creencias que el paciente tiene sobre su salud.

De la mano con estas ideas, Cabrera, Tascón y Lucumí (2001) señalan que la

mayoría de causas de muerte prematuras son prevenibles y que muchas de ellas se relacionan con las prácticas del estilo de vida de los individuos, pero destacan que para lograr prevenir dicha consecuencia es necesario explicar cómo las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones a través de sus creencias.

De igual modo, Cabrera et al., (2001) encontraron que cada paciente le atribuye una mayor o menor importancia a cada una de las dimensiones del estilo de vida, en función de los componentes cognitivos que dirigen y mantienen su conducta, así como también se corresponde con las creencias, expectativas, aspiraciones, objetivos conseguidos por la persona y con variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel socioeconómico (Cabrera et al., 2001).

Sin embargo, Cabrera et al., (2001) aluden a la posibilidad de que exista una discrepancia entre el estado actual de los componentes cognitivos y las prácticas del estilo de vida. En este sentido, Flórez-Alarcón (2002) en su modelo de adopción de precauciones, explican que si bien es cierto que el componente cognitivo forma parte de la estructuración de un estilo de vida saludable, no necesariamente lo determina, es decir, el conocimiento de algo por sí solo, no es un indicador del cambio en los estilos de vida de la persona. De esta forma, una persona puede tener la creencia de que ciertas acciones conllevan a un comportamiento saludable pero, de igual modo, no lo cumplen.

Por su parte, Pineda et al. (2004) realizaron un estudio en el Centro de Investigaciones Endocrino – Metabólicas, en la Universidad del Zulia - Venezuela, y tuvo por objetivo analizar diferentes estudios enmarcados en la psicología de la salud, en específico sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con DM2. Los autores señalan que la adherencia al tratamiento se encuentra relacionada con las características de personalidad del paciente, ya que aquellos con una mayor tendencia experimentar frustración o emociones negativas pueden verse motivado a cumplir con el tratamiento con el fin de prevenir dichas emociones. Estos autores coinciden con

lo planteado por Cabrera et al. (2001) al señalar que los componentes cognitivos entran en interacción con la conducta del paciente y se ven afectadas por las diferencias individuales de las personas, tales como sus características sociodemográficas, las normas sociales y su personalidad.

A fines de la presente investigación se realizará énfasis únicamente en las variables de tipo sociodemográficas como la edad y el sexo.

En cuanto a las dimensiones del estilo de vida y la relación con el sexo y otras variables, Gonzalo y Pasarín (2004) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo era describir las similitudes y diferencias por género en los estilos de vida relacionadas con la salud, la salud percibida, los problemas de salud crónicos, la capacidad funcional y el uso de servicios sanitarios en personas mayores de España. Los resultados obtenidos indicaron que la mala salud se relaciona con la pérdida de energías y dependencia de otros, por ende, son los adultos mayores quienes presentan un menor autocuidado (32,2%) que los jóvenes. Entre ellos, las mujeres muestran una peor salud percibida (61,4%) que los hombres (53%). Consumir tabaco o alcohol es más frecuente en los hombres (22,1%) que en las mujeres (1,5%). Los hombres son los que menos realizan actividades físicas. La proporción de personas mayores que practica regularmente ejercicio físico en su tiempo libre es baja (3,3%), algo superior en los hombres que en las mujeres (el 4,1 frente al 2,6%).

Entre los diversos estudios referentes al estilo de vida, se encuentra la investigación en relación a las prácticas del sueño Miró, Cano-Lozano y Buéla-Casal (2005) expresan que existe una relación directa entre el sueño y la calidad de vida, para ello los autores plantean que existen tres patrones de sueño, aquellas personas que duermen menos de cinco horas, entre seis y ocho horas y aquellos que duermen más de ocho horas. Asimismo, señalan que el patrón de sueño que se considera como saludable es entre seis y ocho horas diarias.

Siguiendo esta línea de investigación, se encuentra el estudio de tipo transversal y descriptivo, realizado en México por Balcázar-Nava et al. (2009). Este estudio tuvo por objetivo describir el estilo de vida de pacientes con DM2 y discutir las implicaciones en su comportamiento en relación con la enfermedad. Los autores emplearon una muestra de 20 mujeres y 10 hombres diagnosticados con DM2 en un rango de edad entre los 24 y 63 años y con al menos un año de diagnóstico, a los cuales les fue administrado el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID). Balcázar-Nava et al. (2009) señalan entre sus resultado que sólo el 26,67% de los participantes presentaron un puntaje por encima de 75 en el IMEVID, lo cual indica que sólo un pequeño porcentaje presentó una práctica saludable del estilo de vida. Asimismo, resulta importante mencionar la congruencia que este estudio tiene con el realizado por Cid et al. (2006) quienes reportan que dentro de la población latinoamericana encontraron pocas personas que presenten una práctica de estilo de vida saludable.

Adicional a estos resultados, se ha encontrado que la quinta dimensión de estilo de vida, es decir, el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias se encuentran asociados mayormente al sexo masculino, lo que permite suponer la existencia de una diferencia en la relación entre el género y el estilo de vida en cuanto a esta dimensión se refiere (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2012).

De este modo, Fernández, González, Sáiz, Gutiérrez y Bobes (1999), llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo era estudiar la calidad de vida en pacientes que consumían drogas por periodos prolongados y que se encontraban en tratamiento con un programa de mantenimiento con metadona (PMM), para evaluar la relación con la gravedad de la adicción. Para ello, utilizaron una muestra de 49 hombres heroínómanos que llevaban cuatro años de tratamiento en un PMM en Asturias, utilizando el SF-36, instrumento que mide la calidad de vida. Los resultados obtenidos indicaron que la calidad de vida correlaciona de forma inversa con la

gravedad de la adicción, es decir que a mayor adicción, peor calidad de vida. El coeficiente de correlación más elevado se encontró en la dimensión de la calidad de vida en cuanto a salud general ($\beta = -0.82$, $p < .05$). El coeficiente de correlación significativo más bajo correspondió al hallado en la escala de rol emocional del SF-36 ($\beta = -0.28$, $p < .05$). Específicamente, en cuanto a los componente de la calidad de vida, encontraron que los que habían consumido drogas durante los 6 meses previos a la entrevista, obtuvieron peores puntuaciones en el rol físico ($\beta = -0.4$, $p < .05$), dolor corporal ($\beta = -0.38$, $p < .05$), función física ($\beta = -0.44$, $p < .005$).

De la mano con estos planteamientos, Sanabria-Ferrand et al. (2007) realizaron una investigación de tipo correlacional en Colombia con el fin de establecer la frecuencia de comportamientos saludables en profesionales de la salud, así como también determinar si existe algún tipo de característica de las personas que se asocie a una práctica de estilos de vida saludable. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 606 profesionales de la salud, de los cuales el 46,2% ($n = 280$) eran hombres y 53,8% ($n = 326$) mujeres y cuyo rango de edad se encontraba entre los 20 y 69 años. Asimismo el 82,8% ($n = 500$) de los participantes eran médicos y el 17,2% ($n = 106$) enfermeras. A dicha muestra les fue administrado el Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida de Salazar y Arrivillaga (2004) y entre los resultados obtenidos se encuentra que las mujeres tienen mayormente la creencia de que el consumo de alcohol es perjudicial para la salud. De igual modo, al avanzar la edad, las mujeres tienden a presentar más reacciones adversas a las sustancias nocivas que los hombres.

Otro estudio en cuanto al consumo de drogas y otras sustancias (Gonzalo y Pasarín, 2004), indica que el hábito de fumar es más bajo en las personas mayores que en la población en general (el 33,7% frente al 50%) debido a que no es un hábito que han adquirido durante la vida (67%) o porque lo hayan abandonado (22%). En cuanto al sexo, la prevalencia de fumadores es del 22,1% en los hombres y el 1,5% en las mujeres mayores de 65 años, según por tanto, el grupo de fumadores es casi

exclusivamente masculino (el 95% de las mujeres no fuma ni lo ha hecho nunca) (Gonzalo y Pasarín, 2004).

Por su parte, Lema-Soto et al. (2009) realizaron un estudio en Colombia cuyo propósito principal era describir el comportamiento de jóvenes entre los 16 y 30 años universitarios en las dimensiones de los estilos de vida, considerándolo como favorables (prácticas saludables) o como negativos (prácticas no saludables), y el nivel de satisfacción con dichas prácticas, así como también el estilo de vida relacionado con el estado general de salud. Los autores emplearon una muestra de 587 estudiantes, en donde el 44,7% eran hombres y el 55,3% eran mujeres, obteniendo que en función del sexo, existen diferencias significativas, en donde los hombres presentan prácticas más saludables del estilo de vida que las mujeres ($Z = -6.184$, $p = .000$). Estos resultados son contradictorios con lo expuesto por Sanabria-Ferrand et al. (2007), ante ello Lema-Soto et al. (2009) aportan como justificación el hecho de que los hombres realizan un mayor número de actividades deportivas y tienden a realizar una valoración positiva de su estilo de vida en proporción con las mujeres.

La investigación llevada a cabo por Elizondo-Armendáriz et al. (2005) fue de tipo transversal y tuvo por objetivo “describir la prevalencia de estilo de vida sedentario en la población de Pamplona con edades comprendidas entre 18 y 65 años, así como los factores que más influyen en el sedentarismo” (p.560). La muestra con la que trabajaron en su estudio fue seleccionada de manera aleatoria, siendo un total de 875 personas de los cuales 400 eran varones y 475 mujeres. A dicha muestra le fue administrada una encuesta que evalúa la actividad física realizada, el consumo de tabaco, consumo de alcohol y la creencia sobre el destino.

Los resultados obtenidos en su investigación, fueron analizados mediante las pruebas de coeficiente de correlación de Pearson y tendencia lineal así como también emplearon la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis para el análisis de las

diferencias en la actividad física realizada en las distintas variables sociodemográficas de su muestra. Basándose en los análisis realizados, Elizondo-Armendáriz et al. (2005) señalan que el 76,6% de las mujeres de su estudio tienen un estilo de vida sedentario, en comparación con los hombres de su muestra quienes alcanzan el 56,7%, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$). Adicionalmente los autores exponen que la falta de actividad física se incrementa con la edad en ambos sexos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, lo que quiere decir que a medida que aumenta la edad disminuyen las prácticas de un estilo de vida saludable en relación a la actividad física (Odds ratio = 2,49; $p > .05$).

Por su parte, Arrivillaga et al. (2003) realizaron un estudio con el objetivo de describir las prácticas, las creencias y los factores del contexto relacionados con seis dimensiones del estilo de vida, en una muestra de 754 estudiantes de Colombia, de los cuales 53,1% eran hombres y 46,6% mujeres; con una edad promedio de 20 años. Los autores encontraron en su investigación, que las mujeres presentan creencias favorables en las dimensiones de condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre. Asimismo, encontraron que las mujeres presentan creencias desfavorables en relación al sueño, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y hábitos alimentarios.

En base a lo expuesto, en la presente investigación se espera obtener una relación positiva y significativa entre el sexo y las prácticas del estilo de vida, en donde los hombres con DM2 presenten una práctica más saludable del estilo de vida que las mujeres. Asimismo, se espera obtener una relación significativa y negativa entre el sexo y las creencias del estilo de vida, en donde las mujeres con DM2 presenten mayores creencias favorables sobre el estilo de vida que los hombres.

De igual modo, las prácticas del estilo de vida presenta una relación significativa con la edad, en donde los resultados obtenidos por Cid et al. (2006) en su investigación señalan que las personas de mayor edad presentan una diferencia y

alude a una mayor práctica de un estilo de vida saludable.

En congruencia con los hallazgos de Cid et al. (2006), se encuentra la investigación realizada por López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma y Munguía-Miranda (2003) la cual estuvo enfocada en construir y validar un instrumento para medir las prácticas del estilo de vida en pacientes con DM2, realizando un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en una muestra de 52 pacientes en México, obtuvo resultados que aluden a la relación entre la práctica del estilo de vida y la edad, los cuales analizaron mediante el estadístico U de Mann Whitney. En función de estos resultados plantean que los pacientes mayores a 60 años, tienen una buena práctica de estilo de vida en relación a la nutrición (U de Mann Whitney = 217.23; $p = .002$), no consumen tabaco (U de Mann Whitney = 206.42; $p = .029$) y cumplen adherencia terapéutica (U de Mann Whitney = 211.92; $p = .019$).

Por su parte, Barrioperro, Eraña y Mallol (2001) focalizó su investigación en comparar los niveles de depresión y satisfacción en tres grupos de ancianos, clasificándolos en función de la actividad física que realizan, siendo estas categorías (a) ancianos que realizan actividad física, (b) ancianos que realizan actividades no físicas y (c) ancianos sedentarios. El estudio contó con la participación de 57 personas de la tercera edad, con una edad media de 76 años y los autores concluyeron que un estilo de vida activo en la vejez, permite disfrutar de los beneficios asociados a la actividad física, lo que genera un aumento del bienestar y de la calidad de vida.

Fuentes-Facundo, Lara-Loya y Rangel-Vega (2004) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los estilos de vida no saludables en pacientes con DM2 menores de 39 años de edad. Los autores señalan que las complicaciones crónicas pueden prevenirse con un control glicémico adecuado y en función de la calidad e intensidad del tratamiento administrado, mientras que solo un porcentaje muy pequeño de pacientes con DM2 controla su enfermedad con dietas y un estilo de vida

saludable ya que resulta más sencillo cumplir con el uso de fármacos que realizar un cambio en el estilo de vida. El uso de fármacos resulta de gran importancia en el tratamiento de la DM2, sin embargo, el manejo y el avance de la enfermedad se estrictamente ligado a los estilos de vida (Fuentes-Facundo et al., 2004).

Para poder realizar su estudio en México, Fuentes-Facundo et al. (2004) emplearon una muestra de 11.714 pacientes con DM2, de los cuales 91 tenían un año de haber sido diagnosticados, con una edad promedio de 33 años y 67% pertenecía al sexo femenino. Entre los resultados obtenidos, los autores destacan que un 47,3% no cumple con un horario de comidas, 58,2% no selecciona lo que consume y el 42,9% consume azúcares refinados. Asimismo, el 71% de los pacientes no dedica tiempo a la relajación antes de dormir, mientras que el 83,5% presenta un sueño saludable. En lo que respecta a la actividad física, los autores encontraron que el 61,5% de los pacientes no realiza ejercicio y un 66% no practica actividades de recreación. Los autores concluyen que un porcentaje elevado de jóvenes presenta un estilo de vida no saludable. En relación a las creencias sobre el estilo de vida, un 79,1% de de estos jóvenes cree que debe cambiar su estilo de vida, sin embargo, solo el 39,6% lo ha modificado únicamente a nivel de alimentación.

Siguiendo la idea en cuanto a las prácticas de recreación y tiempo libre, Árraga y Sánchez (2007), llevaron a cabo una investigación cuyo fin era evaluar los beneficios que proporciona el realizar actividades recreativas, en una muestra de 100 adultos mayores en Maracaibo. Los resultados obtenidos indicaron que la proporción de adultos mayores que realizan regularmente actividades de físicas como recreación, es pequeña (3,3%), la percepción social que tienen los adultos mayores acerca de las actividades recreativas, es que éstas les proporcionan diversión, compañía, relajación, conformidad, sentido de pertenencia a grupos, distracción, tiempo para armonizarse con la naturaleza e inclusive retardar el avance y aceleración de algunas enfermedades que impliquen riesgo o dolor, lo que a su vez, repercute favorablemente en su calidad de vida.

Por otro lado, en la investigación realizada en Colombia por Arrivillaga et al. (2003), anteriormente mencionada, los autores hallaron en su estudio que el 50% de los jóvenes presentaban una práctica del estilo de vida poco saludable en relación al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias. Sin embargo, Lema-Soto et al. (2009) obtuvo como resultados que los jóvenes presentan prácticas saludables en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida, exceptuando por la dimensión de ejercicio y actividad física, en donde el promedio de clasificación ($M = 7.8$; $p = .05$) refleja una diferencia estadísticamente significativa con el promedio de esta dimensión. Asimismo, Arrivillaga et al. (2003), encontraron en su investigación que los jóvenes presentan creencias favorables en relación a la actividad física y el deporte, en donde un 98% de los jóvenes que conformaron su muestra consideran que mejora la salud y evita enfermedades. De igual modo el 89.8% de estos jóvenes presentó creencias favorables que aluden a que el estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento.

De igual modo, Cáceres, Salazar, Valera y Tovar (2006) realizaron una investigación que tuvo por objetivo describir el consumo de drogas legales e ilegales en la sociedad colombiana, e identificar su posible asociación con factores psicosociales en jóvenes universitario. Para ello, los autores emplearon una muestra de 763 estudiantes, de los cuales 46% eran hombres y 52% eran mujeres, con una edad promedio de 20 años. Asimismo, señalan que el consumo de drogas se inicia cada vez a edades más tempranas, obteniendo como resultados que el consumo de alcohol se inicia en promedio entre los 12 y 17 años de edad. Por lo que en la presente investigación se espera obtener una relación negativa entre las prácticas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y la edad.

Fernández et al. (1999) señalan que el consumo de alcohol y otras drogas tiene graves consecuencias en la salud de la persona, lo que a su vez conlleva a un deterioro en su calidad de vida. Asimismo, los autores realizaron una investigación

que tuvo por objetivo conocer la calidad de vida en pacientes que han consumido drogas durante cuatro años. El estudio se llevo a cabo con una muestra de 49 pacientes adictos a los opiáceos, internados en una unidad de tratamiento de toxicomanías en Asturias. Para poder medir la calidad de vida de estos pacientes, hicieron uso del instrumento SF-36, obteniendo como resultados que los pacientes puntuaron bajo en las escalas de vitalidad ($M = 46.4$; $S = 13.8$), función social ($M = 80.9$; $S = 32.3$), rol emocional ($M = 68.4$; $S = 32.3$), y salud mental ($M = 58.6$; $S = 15.4$). En función de estos resultados, los autores concluyen que el consumo de drogas tiene un impacto negativo en la calidad de vida, tanto como a nivel social como emocional.

Por ende, en la presente investigación se espera obtener una relación significativa y positiva entre la edad y las prácticas sobre estilo de vida, en donde aquellos pacientes con DM2 de mayor edad presenten una práctica y creencias de estilo de vida más saludable. Asimismo, se espera obtener una relación significativa y negativa entre la edad y las creencias sobre el estilo de vida, en donde aquellos pacientes con DM2 de menor edad presenten creencias más favorables que los pacientes de mayor edad.

A su vez, el estilo de vida se relaciona de manera significativa con la calidad de vida de los pacientes, ya que como plantean Romero-Márquez, Díaz-Veja y Romero-Zepeda (2011) los estilos de vidas considerados como riesgosos en pacientes con DM2, conducen a un deterioro en la calidad de vida del paciente. Los autores encontraron que existen relaciones significativas entre la calidad de vida y dos dimensiones del estilo de vida, actividad física ($F = 5.226$; $p = .006$) y el apego al tratamiento ($F = 3.650$; $p = .028$).

De esta forma, García, Solís, Calderón, Luque, Neyra, Manrique et al. (2007) destacan que la DM2 se encuentra altamente asociada con factores de riesgo como la

obesidad, el sedentarismo, tener un antecedente familiar de DM2, ser mayor de 40 años y consumir altos niveles de grasas saturadas. Su investigación realizada en la ciudad de Lima, Perú, tuvo por objetivo conocer la frecuencia de la DM2 y sus factores de riesgo asociados a malos hábitos del estilo de vida. Los autores encontraron un 5,6% de pacientes diabéticos, con un tiempo de diagnóstico promedio de 9 años, de los cuales solo el 25% realizaba una dieta apropiada y solo la mitad mantenía conductas de autocuidado médico.

En la investigación realizada por Robles, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez y Sánchez (2003) se evidenció un resultado contradictorio en relación a lo expuesto previamente sobre el estilo de vida y la calidad de vida de los pacientes, ya que obtuvo que la calidad de vida de los pacientes de aquellos pacientes que cumplen con un plan de alimentación para cumplir con el tratamiento de una enfermedad, es decir si cumplen o no con una de las dimensiones del estilo de vida, presentaron una puntuación total de calidad de vida menor en comparación con las que no lo hacían (92.60 ± 25.89 vs. 95.04 ± 15.58 ; $p = .041$). Debido a estas contradicciones de los resultados empíricos obtenidos en la relación entre el estilo y la calidad de vida, resulta importante ampliar los estudios sobre dicha relación.

Andrade, Padilla y Ruiz (2013), plantean que existe una relación directa entre el nivel de actividad física, el estilo y calidad de vida de la persona, lo que implica que un estilo de vida no saludable, aumenta las probabilidades de que las personas padezcan factores de riesgo que pudiesen llevarlas a contraer enfermedades crónicas como la DM2. Para desarrollar su estudio, los autores utilizaron una muestra que estuvo integrada por adultos mayores con un rango de edad entre los 60 y 70 años. Los resultados encontrados indican que los impedimentos para tener un mejor nivel de actividad física son (a) la falta de apoyo de las familias ($Z = 2.91$, $p = .003$) y (b) la falta de espacios para realizar actividad física, tales como centros de salud y gimnasios para adultos mayores ($Z = 4.2$, $p < .05$). La explicación que brindan los

autores ante estas relaciones, es que la falta de actividad física o sedentarismo, puede deberse a barreras internas, es decir, aspectos físicos y emocionales de la persona y a barreras externas que pueden ser estímulos ambientales e interacciones significativas, que limitan a que el adulto mayor adopte un estilo de vida saludable (Andrade et al., 2013).

Estos resultados son importantes, en cuanto al proceso de adaptación a esta condición crónica que implica la diabetes, ya que la forma en que responda a su enfermedad incidirá en su funcionamiento físico, psicológico y social, y por ende, en su calidad de su vida. Por lo que en definitiva, la calidad de vida es el resultado de las diferentes respuestas de los pacientes al padecimiento de su enfermedad, al tratamiento y a sus consecuencias (Schwartzmann, 2003).

En relación a la tercera dimensión del estilo de vida que hace referencia al autocuidado y cuidado médico, Cunha (2008) expresa que con frecuencia los pacientes diabéticos presentan dificultades en la gestión de la enfermedad, es decir en el seguimiento del cuidado médico, por lo que la mayoría de los pacientes diabéticos al ser diagnosticados, presentan un impacto en su calidad de vida a nivel emocional y conductual, ya que tienen que asumir una enfermedad que durará toda su vida y por tener que realizar modificaciones en su comportamiento, para así poder sobrellevar adecuadamente la enfermedad (Castro, Rodríguez y Ramos, 2006).

Los cuidados médicos permiten aumentar la longevidad de los pacientes y prevenir problemas de salud a futuro, sin embargo en muchas ocasiones generan un deterioro en la calidad de vida y esto conlleva a que el paciente se cuestione si realmente los beneficios de cumplir con el tratamiento compensan esta disminución en su calidad de vida (Madrigal et al., 2008).

En función de las diferentes investigaciones previas, resulta posible apreciar que tanto las prácticas del estilo de vida y creencias sobre estilo de vida, como la

calidad de vida son comprendidas de manera multidimensional a través de cada uno de sus componentes. En la presente investigación se abordará el estudio de cada una de estas variables mediante sus dimensiones, sin embargo se plantearán hipótesis que engloban cada variable en su totalidad, es decir incluyendo sus dimensiones.

De esta manera, se espera obtener una relación positiva y significativa entre las prácticas del estilo de vida y la calidad de vida de los pacientes con DM2, en donde aquellos que presenten una práctica saludable del estilo de vida tengan una percepción favorable de su calidad de vida. De igual modo, se espera obtener una relación positiva entre las creencias del estilo de vida y la calidad de vida de los pacientes con DM2, en donde aquellos que presenten creencias favorables sobre el estilo de vida tendrán una percepción calidad de vida favorable.

En conclusión, se puede apreciar que en el área de la psicología de la salud, se ha hecho cada vez más importante el estudio de la noción de calidad de vida, ya que, se ha visto que las enfermedades crónicas tales como la DM2, se relacionan directamente con la calidad de vida del paciente. En este sentido, si dicha enfermedad no es tratada de manera adecuada, es probable que se vea afectada la calidad de vida y la vida en general de la persona que la padezca.

A su vez, a través del conjunto de investigaciones, se ha encontrado que existe una serie de variables que podrían influir en la relación entre padecer DM2 y su calidad de vida. Dentro de esas variables se encuentran la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico, las creencias y las prácticas del estilo de vida.

El objetivo de la presente investigación es estudiar la influencia de la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico, las creencias y las prácticas del estilo de vida sobre la calidad de vida en pacientes con DM2, bajo la perspectiva de un diseño relacional causal que plantea un modelo explicativo entre variables exógenas y endógenas.

III. MÉTODO

Problema de investigación

¿Cuál es la influencia de la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y las creencias y las prácticas del estilo de vida sobre la calidad de vida en personas que padecen Diabetes Mellitus tipo II?

Hipótesis

Relaciones consideradas en el siguiente diagrama de ruta
(fig.1):

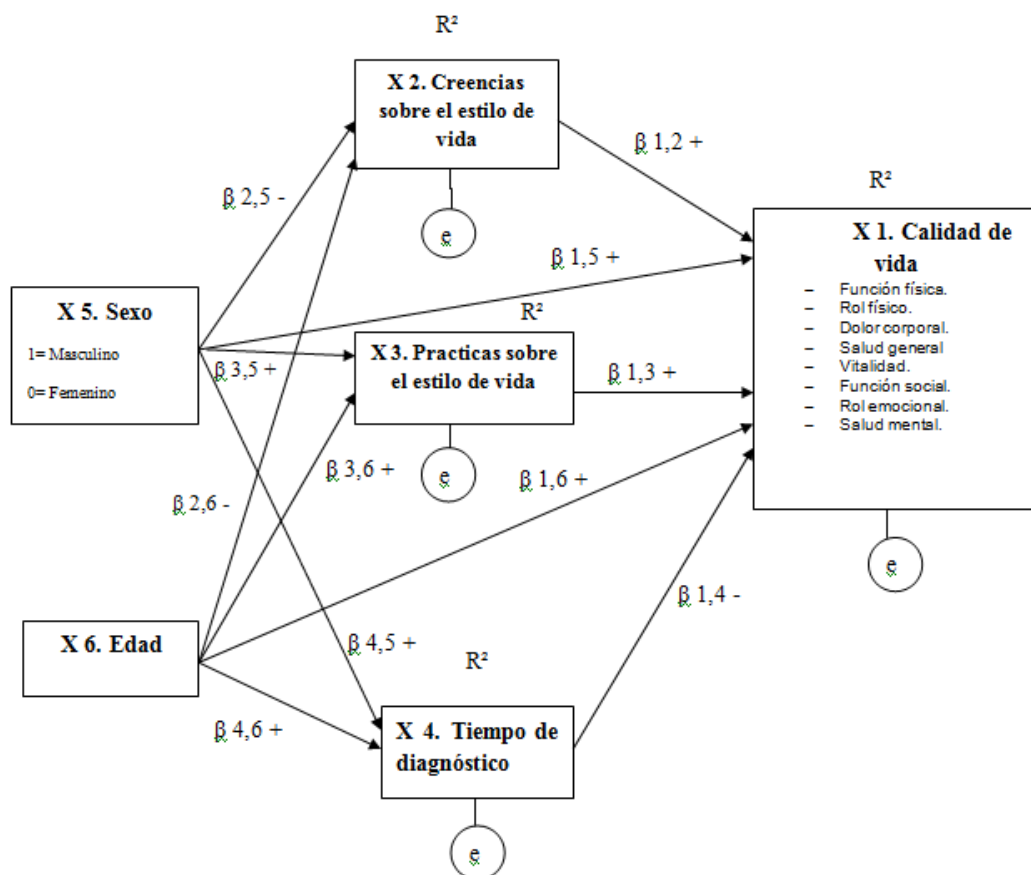


Figura 1. Diagrama de rutas propuesto para la predicción de las relaciones indirectas y directas entre la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico, las creencias y las prácticas del estilo de vida con la calidad de vida en pacientes con DM2.

Variables

Variables endógenas

Calidad de vida

Definición conceptual: Percepción y estimación del bienestar objetivo ante situaciones reales (Oblitas, 2010). La calidad de vida está conformada por ocho

dimensiones que corresponden a dichos patrones de conducta identificables, siendo estos: (a) función física o el grado en que la salud limita las actividades físicas, (b) rol físico o el grado en que la salud física interfiere en actividades diarias, (c) dolor corporal el grado de intensidad del dolor y su efecto, (d) salud general o la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar, (e) vitalidad o el sentimiento de energía frente al cansancio (f) función social o el grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social, (g) rol emocional o el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias y (h) salud mental la cual incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar (Vilagut et al., 2005).

Definición operacional: Sumatoria de los puntajes que las personas otorgan a cada una de las subescalas de los 36 ítems que componen la escala de Resultados Médicos de la Encuesta corta de salud (SF-36) de Rodríguez-Vidal, Merino-Escobar y Castro-Salas (2009) en un rango del 0 a 100 en donde puntuaciones superiores a 50 son indicadores de un mejor estado de salud y puntuaciones inferiores a 50 indican un peor estado de salud (Vilagut et al., 2005).

El cuestionario SF-36 mide la calidad de vida mediante una escala estructurada en ocho dimensiones, con distintos formatos de respuesta, las cuales son puntuadas en un formato tipo Likert de cinco puntos, que abarca cuestiones sobre la importancia (desde importante hasta muy importante), la utilidad (desde nunca hasta siempre). En cada dimensión los ítems fueron codificados y transformados en una escala que tiene un rango de 0 a 100, proporcionándonos un puntaje global sobre la calidad de vida. De esta manera, cada una de estas dimensiones fue medida de la siguiente manera:

- (1) Función física: Consta de 10 ítems con tres alternativas de respuesta,

(mucho= 1; poco= 2; nada= 3), con un rango de 10 a 30 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009). Por ende, un puntaje bajo indica que la persona tiene mucha limitación debido a la salud y un puntaje alto indica que no tiene limitantes debido a la salud (Zúniga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek y Medina-Moreno, 1999).

(2) Rol físico: Tiene cuatro ítems con dos alternativas de respuesta (si= 1; no= 2), en un rango de 4 a 8 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009). Por ende, un puntaje bajo indica que la persona presenta problemas con actividades diarias debido a la salud y un puntaje alto indica que no tiene ningún problema con las actividades diarias debido a la salud (Zúniga et al., 1999).

(3) Dolor corporal: Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta, (mucho= 1; bastante= 2; regular= 3; un poco= 4; nada= 5), con un rango de 2 a 10 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009). Por ende, un puntaje bajo indica que la persona presenta un dolor muy severo y limitante debido a la salud y un puntaje alto indica que no tiene ningún dolor debido a la salud (Zúniga et al., 1999).

(4) Salud general: Tiene 5 ítems y con 5 alternativas de respuesta, (todo verdadero= 1; bastante cierto= 2; no lo sé= 3; bastante falsa= 4; totalmente falso= 5), en un rango de 5 a 25 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009). Por ende, un puntaje bajo indica que la persona evalúa la salud personal como mala y que empeorará con actividades diarias y un puntaje alto indica que evalúa la salud personal como excelente (Zúniga et al., 1999).

(5) Vitalidad: Tiene 4 ítems con 5 alternativas de respuesta (en extremo= 5; mucho= 4, normal= 3; algo= 2; nada= 1), en un rango de 4 a 20 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009). Por ende, un puntaje bajo indica que la persona presenta cansancio todo el tiempo y un puntaje alto indica que está lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo (Zúniga et al., 1999).

(6) Función social: Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta (siempre= 1; casi siempre= 2; algunas veces= 3; sólo algunas vez= 4; nunca= 5), en un rango de 2 a 10 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009). Por ende, un puntaje

bajo indica que la persona presenta interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físico y emocionales y un puntaje alto indica que realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales (Zúniga et al., 1999).

(7) Rol emocional: Tiene 3 ítems con 2 alternativas de respuesta, (si= 1; no= 2), en un rango de 3 a 6 puntos (Rodríguez-vidal et al., 2009). Por ende, un puntaje bajo indica que la persona presenta problemas con actividades diarias debido a problemas emocionales y un puntaje alto indica que no tiene ningún problema con las actividades diarias debido a problemas emocionales (Zúniga et al., 1999).

(8) Salud mental: Tiene 5 ítems con cinco alternativas de respuesta, (siempre= 1; casi siempre= 2; algunas veces= 3; sólo algunas vez= 4; nunca= 5), en un rango de 5 a 25 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009). Por ende, un puntaje bajo indica que la persona presenta la sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo y un puntaje alto indica que siente paz, felicidad y calma todo el tiempo (Zúniga et al., 1999).

El análisis de la calidad vida se calculó a través de la suma de los puntajes de cada indicador por dimensión. Específicamente para el cálculo de dichas puntuaciones se cumplió con los siguientes pasos: (a) cálculo sumatorio de los ítems que componen la escala; (b) transformación lineal de las puntuaciones en una escala entre 0 a 100 donde 0 indica un peor estado de salud y 100 puntos es un mejor estado de salud (Vilagut et al., 2005).

Creencias sobre el estilo de vida

Definición conceptual: Creencias o evaluación positiva o negativa que una persona tiene sobre su salud y que aportan una explicación sobre por qué adopta o no un comportamiento particular en favor o en contra de su salud (Sanabria-Ferrand et al., 2007; Cuadrado et al., 2007). Las creencias sobre el estilo de vida están

conformados mediante seis dimensiones: (a) condición, actividad física y deporte, creencias referentes a movimientos corporales y actividades que impliquen una inversión de energía mayor que la consumida durante un estado de reposo y que a su vez, favorecen la salud, (b) recreación y manejo del tiempo libre, aquellas creencias sobre las actividades que la persona realiza dirigidas a satisfacer sus gustos e intereses, causando placer y descanso, (c) autocuidado y cuidado médico, alude a las creencias sobre comportamientos de tipo voluntario que el paciente realiza en beneficio de su salud, (d) hábitos de alimentación, creencias sobre la ingesta de alimentos, el tipo de la ingesta y qué alimentos, (e) consumo de alcohol, drogas y otras sustancias, creencias referente a la ingesta, aplicación y absorción de cualquier tipo de sustancia que genere alteraciones en el sistema nervioso central y (f) sueño, creencias en relación al estado de reposo del organismo en donde el paciente presenta bajos niveles de actividad fisiológica (Lema-Soto et al., 2009).

Definición operacional: Sumatoria del puntaje total obtenido en la escala de creencias sobre el estilo de vida del cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida de Arrivillaga, Salazar y Gómez (2003), para cada una de las seis dimensiones que mide el instrumento en un total de 47 ítems sobre creencias. Cada dimensión proporciona un puntaje diferente y estos fueron homologados en un puntaje global que nos indica el nivel general de creencia sobre el estilo de vida, para ello los autores establecen los siguientes rangos de clasificación: (a) 116 – 173 muy baja creencia, (b) 174 – 260 baja creencia, (c) 261 – 347 alta creencia y (d) 348 – 464 muy alta creencia sobre el estilo de vida. Esto quiere decir que un mayor puntaje representa una mayor creencia sobre el estilo de vida más saludable. Sin embargo, en la presente investigación la categorización expuesta por los autores fue asumida en un continuo, con el fin de cumplir con los lineamientos del diseño de ruta. De esta manera, se entiende que puntajes inferiores señalan una muy baja creencia y puntajes superiores representan una muy alta creencia sobre el estilo de vida

De esta manera, los rangos de clasificación de dichos puntajes por cada dimensión de creencias sobre el estilo de vida son las siguientes:

- (1) Condición, actividad física y deporte: (a) 17 - 20 que representa una muy alta creencia, (b) 13 - 16 una alta creencia, (c) 9 - 12 una baja creencia y (d) 5 - 8 una muy baja creencia.
- (2) Recreación y manejo del tiempo libre: (a) 13 - 16 que representa una muy alta creencia, (b) 10 - 12 una alta creencia, (c) 7 - 9 una baja creencia y (d) 4 - 6 una muy baja creencia.
- (3) Autocuidado y cuidado médico: (a) 43 - 52 que representa una muy alta creencia, (b) 33 - 42 una alta creencia, (c) 23 - 32 una baja creencia y (d) 13 - 22 una muy baja creencia.
- (4) Hábitos alimenticios: (a) 25 - 28 que representa una muy alta creencia, (b) 19 - 24 una alta creencia, (c) 19 - 26 una baja creencia y (d) 11 - 18 una muy baja creencia.
- (5) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: (a) 35- 44 que representa una muy alta creencia, (b) 27 - 34 una alta creencia, (c) 19 - 26 una baja creencia y (d) 11 - 18 una muy baja creencia.
- (6) Sueño: (a) 25- 28 que representa una muy alta creencia, (b) 19 - 24 una alta creencia, (c) 13 - 18 una baja creencia y (d) 7 - 12 una muy baja creencia.

Prácticas del estilo de vida

Definición conceptual: Conjunto de hábitos comportamentales de una persona y patrones de conducta identificables que reflejan consistencia en el tiempo (Arrivillaga et al., 2003). Los autores establecen seis dimensiones que corresponden a dichos patrones de conducta identificables: (a) condición, actividad física y deporte, prácticas de movimientos corporales y actividades que impliquen una inversión de energía mayor que la consumida durante un estado de reposo y que a su vez, favorecen la salud, (b) recreación y manejo del tiempo libre, aquellas prácticas de actividades que la persona realiza dirigidas a satisfacer sus gustos e intereses,

causando placer y descanso, (c) autocuidado y cuidado médico, alude a las prácticas de comportamientos de tipo voluntario que el paciente realiza en beneficio de su salud, (d) hábitos de alimentación, prácticas de la ingesta de alimentos, el tipo de la ingesta y qué alimentos, (e) consumo de alcohol, drogas y otras sustancias, práctica referente a la ingesta, aplicación y absorción de cualquier tipo de sustancia que genere alteraciones en el sistema nervioso central y (f) sueño, prácticas en relación al estado de reposo del organismo en donde el paciente presenta bajos niveles de actividad fisiológica (Lema-Soto et al., 2009).

Definición operacional: Sumatoria del puntaje total obtenido en la escala de prácticas sobre el estilo de vida del cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida de Arrivillaga, Salazar y Gómez (2003), para cada una de las seis dimensiones que mide el instrumento en un total de 69 ítems sobre prácticas. Cada dimensión proporciona un puntaje diferente y estos son homologados en un puntaje global que nos indica el nivel general de prácticas sobre el estilo de vida, para ello los autores establecen los siguientes rangos de clasificación: (a) 116 – 173 una práctica muy poco saludable, (b) 174 – 260 poco saludable, (c) 261 – 347 saludable y (d) 348 – 464 muy saludable. Esto quiere decir que un mayor puntaje representa una práctica más saludable del estilo de vida.

De esta manera, los rangos de clasificación de dichos puntajes por cada dimensión de prácticas del estilo de vida son las siguientes:

(1) Condición, actividad física y deporte: (a) 21 - 24 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 16 - 20 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 11 - 15 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 6 - 12 una práctica estilo de vida no saludable.

(2) Recreación y manejo del tiempo libre: (a) 17 - 20 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 13 - 16 una práctica de estilo

de vida saludable, (c) 9 - 12 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 5 - 8 una práctica estilo de vida no saludable.

(3) Autocuidado y cuidado médico: (a) 69 - 84 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 53 - 68 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 37 - 52 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 21- 36 una práctica estilo de vida no saludable.

(4) Hábitos alimenticios: (a) 55 - 68 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 43 - 54 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 30 - 42 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 17 - 29 una práctica estilo de vida no saludable.

(5) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: (a) 34 - 40 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 26 - 33 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 18 - 25 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 10 - 17 una práctica estilo de vida no saludable.

(6) Sueño: (a) 33 - 40 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 25 - 32 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 17 - 24 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 10 - 16 una práctica estilo de vida no saludable.

Tiempo de diagnóstico

Definición conceptual: Tiempo que transcurre desde el momento en que la persona es informada de que padece cierta enfermedad, hasta el momento actual (Svetlana, 2010).

Definición operacional: Reporte en años que la persona brinda al responder al ítem que la batería de instrumentos contendrá la pregunta ¿Hace cuántos años fue Ud. diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo II?

Variables exógenas

Sexo

Definición conceptual: Característica fenotípica que diferencia hombre de mujer (Svetlana, 2010).

Definición operacional: Reporte que la persona brinda al responder al ítem que la batería de instrumentos contendrá, seleccionando una de las dos opciones de respuestas (masculino y femenino). Esta variable será codificada como 1= masculino y 0= femenino.

Edad

Definición conceptual: Tiempo transcurrido entre el nacimiento hasta el momento actual (Svetlana, 2010).

Definición operacional: Reporte que la persona brinda al responder al ítem que la batería de instrumentos contendrá, registrando en números los años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual, y que se encuentra entre los 18 y los 85 años de edad.

Variables a controlar

En la presente investigación se llevó a cabo como estrategia de control la estandarización por ello, se controló el orden de administración del instrumento, es decir a cada uno de los participantes les fue administrado el cuestionario iniciando por los datos de identificación, luego la escala de Resultados Médicos 36-item Estudio corto, encuesta de salud (SF-36) y posteriormente el cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida.

Además, se controló las condiciones de la administración, es decir, la administración de la batería de instrumentos fue realizada únicamente en las siguientes instituciones: (a) Unidad de Endocrinología del Hospital Pérez Carreño, Caracas, (b) Fundadiabetes, ubicada en el Seguro Social de San Martín, Caracas, (c) Congreso “Vivir Bien con Diabetes” organizado por Laboratorios Abbott en el Hotel Pestana de Caracas, (d) Club de Diabéticos del Centro de Salud Santa Inés, ubicado en la Universidad Católica Andrés Bello, en Caracas (CSSI), (e) Unidad de Endocrinología del Hospital Universitario de Caracas (f) Unidad de Endocrinología de la Clínica CEMO y (g) correo electrónico mediante un link de Google Forms, el cual no permite que la persona realice modificaciones a las preguntas, ni omita respuestas.

De igual modo, se empleó la técnica de homogenización, ya que, como explica Kerlinger y Lee (2002), esta estrategia supone que las varianzas de los grupos son estadísticamente iguales dentro de los límites de la aleatorización. Por ello, fue controlada la edad de las personas a quienes les fue administrada la batería de instrumentos, seleccionando únicamente a personas que tengan una edad comprendida entre 18 y 85 años de edad.

Tipo de investigación

La investigación llevada a cabo, de acuerdo al grado de control, fue de tipo no experimental *ex post facto*. Las investigaciones no experimentales son definidas por Kerlinger y Lee (2002) como una búsqueda empírica y sistemática en donde el investigador no posee control directo de las variables independientes, ya que no

resulta posible su manipulación o su manifestación ya ha ocurrido, realizando inferencias sobre las posibles relaciones entre las distintas variables, sin ejercer una intervención directa, de la variación concomitante de las variables independientes y la dependiente.

En base a ello, tanto las variables exógenas, es decir, el sexo y la edad como las endógenas, es decir, las dimensiones de la calidad de vida, creencias y prácticas sobre el estilo de vida y el tiempo de diagnóstico de la presente investigación no fueron manipuladas o intervenidas de manera directa por los investigadores, únicamente se realizó una medición de las mismas.

Igualmente se realizó una investigación de campo, ya que “se busca descubrir las relaciones e interacciones entre las variables sociológicas y psicológicas en estructuras sociales reales” (Kerlinger y Lee, 2002; p. 528). Asimismo, el estudio llevado a cabo fue tipo transversal, ya que se realizó una única medida en el tiempo de las variables, siendo este el periodo académico 2014-2015 (Bono, Arnau y Vallejo, 2008).

La investigación fue de tipo explicativa, ya que tuvo como objetivo determinar cuál es el grado de relación o asociación, de tipo causal, existente entre dos o más variables (Arias, 2006). Este tipo de investigaciones permiten hallar una comprensión o entendimiento de un fenómeno, buscando conocer por qué y en qué condiciones ocurre (Grajales, 2000)

Diseño de investigación

El diseño de investigación que empleado es el diseño de ruta. Este diseño permite conocer las relaciones directas e indirectas entre las variables (Kerlinger y Lee, 2002). Los resultados obtenidos de este análisis se refieren a cómo se ha visto tanto a aquellas variables explícitas del modelo, como lo son en la presente investigación la edad, el sexo, el tiempo de diagnósticos, el estilo de vida y la calidad de vida, así como también variables implícitas entendidas como errores y la posibilidad de conocer los efectos directos e indirectos entre las variables de la investigación (Sierra-Bravo, 1981). En relación al papel de las variables en el diseño, se consideraron como endógenas; en primer lugar las dimensiones de la calidad de vida, la cual está conformada por ocho sub-dimensiones, en segundo lugar las creencias sobre el estilo de vida, la cual está conformado por seis sub-dimensiones, en tercer lugar las prácticas sobre el estilo de vida, la cual está conformada por seis sub-dimensiones y en cuarto lugar tiempo de diagnóstico. Por su parte, las variables consideradas como exógenas fueron en quinto lugar la edad, y en sexto lugar el sexo, la cual es considerada una variable Dummy en donde se registró 1= masculino y 0= femenino.

De esta manera en el diagrama de ruta propuesto, además de contrastar el diseño en su totalidad, se encuentran presenten las diferentes relaciones que se deseaba probar, tanto directas como indirectas.

Igualmente se seleccionó una batería de instrumentos que fue administrada a los participantes. Se procedió a redactar el encabezado del cuestionario en donde se expuso que su participación en la investigación es confidencial y voluntaria, y que por fines de la investigación resulta necesario conocer los datos de identificación como el sexo, la edad y el tiempo transcurrido desde que fue diagnosticado con DM2

hasta la actualidad, así como también qué mide el instrumento y las instrucciones a seguir.

Diseño muestral

La población objetivo de la presente investigación, estuvo conformada por aquellos pacientes con diabetes que asistían a los centros de atención para diabéticos ubicados en la ciudad de Caracas, Venezuela. Entre dichos centros se encuentran: (a) Unidad de Endocrinología del Hospital Pérez Carreño, Caracas, (b) Fundadiabetes, ubicada en el Seguro Social de San Martín, Caracas, (c) Congreso “Vivir Bien con Diabetes” organizado por Laboratorios Abbott en el Hotel Pestana de Caracas, (d) Club de Diabéticos del Centro de Salud Santa Inés, ubicado en la Universidad Católica Andrés Bello, en Caracas (CSSI), (e) Unidad de Endocrinología del Hospital Universitario de Caracas (f) Unidad de Endocrinología de la Clínica CEMO y adicional a ello se realizó la encuesta por medio electrónica a través de un link de Google Forms, el cual no permite que la persona realice modificaciones a las preguntas, ni omita respuestas.

Se realizó un muestreo en dicha población, la cual estuvo conformada por 276 pacientes diagnosticados con DM2, con edades comprendidas entre los 18 y los 85 años de edad, ya que Kerlinger y Lee (2002) recomienda emplear 20 personas por cada dimensión de cada una de las variables de la investigación, y de esta manera las creencias y las prácticas sobre el estilo de vida son entendidas en función de las mismas 6 dimensiones y la calidad de vida 9 dimensiones, sumando un total de 15 dimensiones.

La selección de la muestra final se llevó a cabo mediante un muestreo

propositivo. Es importante tener en cuenta que los pacientes diabéticos seleccionados para la investigación, participaron de manera voluntaria y sin ningún tipo de remuneración.

Instrumentos

Cuestionario de Salud (SF-36) para la medición de la calidad de vida (Ware y Sherbourne, 1992) Anexo A.

El Cuestionario de Salud SF-36 de Ware y Sherbourne (1992), es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y su impacto sobre la calidad de vida en las distintas poblaciones (Ware, 2000).

Este cuestionario está conformado por 36 ítems, que abarcan respuestas relacionadas con actividades realizadas una o cuatro semanas atrás y que valoran los estados positivos y negativos de la salud a través de las siguientes dimensiones: (a) función física; (b) rol físico; (c) dolor corporal; (d) valoración personal de la salud; (e) vitalidad; (f) función social; (g) rol emocional; (h) escala de salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que trata sobre el cambio del estado de la salud general respecto del anterior e (i) Ítem de transición del estado de salud general respecto al año anterior (Vilagut et al., 2005).

La escala de respuesta para obtener dichos promedios serán codificadas en un formato tipo Likert que abarca cuestiones sobre la importancia (desde importante hasta muy importante), la utilidad (desde nunca hasta siempre) y depende de la dimensión a evaluar, ya que según Alonso, Prieto y Antó (1995), este cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. De esta forma, las escalas de respuesta son:

- (1) Función física o el grado en que la salud limita las actividades físicas. Consta de 10 ítems con tres alternativas de respuesta, (mucho=1; poco=2; nada=3), con un rango de 10 a 30 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009).
- (2) Rol físico o el grado en que la salud física interfiere en actividades diarias. Tiene cuatro ítems con dos alternativas de respuesta (si=1; no=2), en un rango de 4 a 8 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009).
- (3) Dolor corporal o el grado de intensidad del dolor y su efecto. Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta, (mucho=1; bastante=2; regular=3; un poco= 4; nada=5), con un rango de 2 a 10 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009).
- (4) Salud personal o la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Tiene 5 ítems y con 5 alternativas de respuesta,(todo verdadero=1; bastante cierto= 2; no lo sé= 3; bastante falsa= 4; totalmente falso= 5), en un rango de 5 a 25 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009).
- (5) Vitalidad o el sentimiento de energía frente al cansancio. Tiene 4 ítems con 5 alternativas de respuesta (en extremo=5; mucho=4, normal=3; algo=2; nada=1), en un rango de 4 a 20 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009).
- (6) Función social o el grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social. Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta (siempre =1; casi siempre=2; algunas veces=3; sólo algunas vez=4; nunca=5), en un rango de 2 a 10 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009).
- (7) Rol emocional o el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias. Tiene 3 ítems con 2 alternativas de respuesta, (si=1; no=2), en un rango de 3 a 6 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009).
- (8) Salud mental la cual incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar. Tiene 5 ítems con cinco alternativas de respuesta, (siempre=1; casi siempre=2; algunas veces=3; sólo algunas vez=4; nunca=5), en un rango

de 5 a 25 puntos (Rodríguez-Vidal et al., 2009).

(9) Ítem de transición del estado de salud general respecto al año anterior.

Esta escala de Salud (SF-36), está dirigida a personas mayores de 14 años de edad, es fácil y rápido de rellenar y evaluar, su aplicación puede ser individual, colectiva y, en ocasiones, se ha utilizado por vía telefónica (Vilagut et al., 2005).

Dicho instrumento ha sido probado en diferentes investigaciones, donde se recogieron los datos sobre la confiabilidad (consistencia interna y reproducibilidad), la validez de constructo y la sensibilidad al cambio. De esta manera, Jenaro, Verdugo, Caballo, Balboni, Lachapelle, Otrebski y Schalock (2006) llevaron a cabo una investigación con el fin de revisar críticamente el contenido del instrumento y sus propiedades métricas. En cuanto a la evaluación de las propiedades psicométricas, estos autores analizaron dos tipos de confiabilidad entendida como consistencia interna, con el estadístico alfa de Cronbach (α) y con la correlación entre dos mitades (r). Los coeficientes alfa estuvieron entre ($\alpha = .88$) y ($\alpha = .95$) y fluctuaron de ($\alpha = .87$) a ($\alpha = .94$). Los coeficientes de correlación entre dos mitades se encontraron entre ($r = .82$ y $r = .88$) y fluctuaron de ($r = .78$) a ($r = .90$). Adicionalmente, Zaragoza y Lugli-Rivero (2009) realizaron una validación del SF-36 en una muestra de 255 pacientes de 4 hospitales de Caracas – Venezuela, encontrando que la consistencia interna es superior a ($\alpha = .67$).

Estos resultados junto a otras investigaciones realizadas como la de Vilagut et al. (2005) en cuanto a las características métricas de la versión española del (SF-36), aportan evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Además, estos resultados son consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y por ende, es posible su aplicación. Debido a esto, resultó factible aplicar a la muestra empleada en la presente investigación sin requerir de una prueba piloto.

Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2003) Anexo B.

En cuanto al cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2003), este es un instrumento que mide las prácticas y las creencias de las seis dimensiones del estilo de vida, siendo estas dimensiones la condición, actividad física y deporte, la recreación y manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y el sueño. El instrumento mide la categoría de prácticas en relación a las seis dimensiones, clasificándolas como muy saludable (MS), saludable (S), poco saludable (PS) y no saludable (NS), y a su vez mide las creencias en relación a las seis dimensiones, clasificándolas según el grado de presencia de creencias favorables a la salud, siendo estas categorías muy alto (MA), alto (A), bajo (B) y muy bajo (MB). A fines de la presente investigación se emplearon las dos partes del instrumento, ya que parte del objetivo de investigación era medir las creencias y las prácticas sobre el estilo de vida.

El instrumento está conformado por 116 ítems, en donde los ítems del 1 al 6 y del 70 al 74 corresponden a la dimensión de condición, actividad física y deporte. En el Anexo B se puede apreciar que los ítems del 7 al 11 y del 75 al 78 corresponden a la dimensión de recreación y manejo del tiempo libre. Por su parte, los ítems del 12 al 32 y del 79 al 91 miden la dimensión de autocuidado y cuidado médico. La dimensión de hábitos alimenticios es medida por los ítems 33 al 49 y 92 al 98. Los ítems del 50 al 59 y del 99 al 109, corresponden a la dimensión de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Y por último, la dimensión de sueño es medida por los ítems 60 al 69 y 110 al 116.

Los autores del cuestionario incluyen en el mismo las instrucciones para su

aplicación, siendo estas “El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una "x" la casilla que mejor describa su comportamiento. Conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas” (Arrivillaga et al., 2003; p. 83).

Los resultados obtenidos del cuestionario se clasifican en las categorías de calificación del estilo de vida por cada dimensión, siendo estas categorías estilo de vida muy saludable (EVMS), estilo de vida saludable (EVS), estilo de vida poco saludable (EVPS) y estilo de vida no saludable (EVNS). A su vez, estas categorías presentan un puntaje global que se clasifica en los siguientes rangos: (a) 348 - 464 representa un estilo de vida muy saludable, (b) 261 - 347 representa un estilo de vida saludable, (c) 174 - 260 representa un estilo de vida poco saludable y (d) 116 - 173 un estilo de vida no saludable. Sin embargo, en la presente investigación la categorización expuesta por los autores fue asumida en un continuo, con el fin de cumplir con los lineamientos del diseño de ruta. De esta manera, se entiende que puntajes superiores señalan un estilo de vida muy saludable y puntajes inferiores representan un estilo de no saludable.

Es importante destacar que este cuestionario, además de proporcionar resultados en relación al estilo de vida a modo global, también proporciona categorías de clasificación por cada dimensión del estilo, tanto como para las creencias como para las prácticas, resultando bastante extensas las categorías de clasificación. Siendo la categoría de clasificación por rangos para el puntaje promedio obtenido en los ítems de creencias por cada dimensión la siguiente:

(1) Condición, actividad física y deporte: (a) 17- 20 que representa una muy alta creencia, (b) 13 - 16 una alta creencia, (c) 9 – 12 una baja creencia y (d) 5 - 8 una muy baja creencia.

(2) Recreación y manejo del tiempo libre: (a) 13- 16 que representa una muy alta creencia, (b) 10 - 12 una alta creencia, (c) 7 – 9 una baja creencia y (d) 4 -

6 una muy baja creencia.

(3) Autocuidado y cuidado médico: (a) 43- 52 que representa una muy alta creencia, (b) 33 - 42 una alta creencia, (c) 23 – 32 una baja creencia y (d) 13 - 22 una muy baja creencia.

(4) Hábitos alimenticios: (a) 25- 28 que representa una muy alta creencia, (b) 19 - 24 una alta creencia, (c) 19 – 26 una baja creencia y (d) 11 - 18 una muy baja creencia.

(5) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: (a) 35- 44 que representa una muy alta creencia, (b) 27 - 34 una alta creencia, (c) 19 – 26 una baja creencia y (d) 11 - 18 una muy baja creencia.

(6) Sueño: (a) 25- 28 que representa una muy alta creencia, (b) 19 - 24 una alta creencia, (c) 13 – 18 una baja creencia y (d) 7 - 12 una muy baja creencia.

De igual modo, proporciona una categoría de clasificación por rangos para el puntaje promedio obtenido en los ítems de prácticas por cada dimensión, siendo la siguiente:

(1) Condición, actividad física y deporte: (a) 21 - 24 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 16 - 20 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 11 - 15 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 6 - 12 una práctica estilo de vida no saludable.

(2) Recreación y manejo del tiempo libre: (a) 17 - 20 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 13 - 16 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 9 - 12 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 5 - 8 una práctica estilo de vida no saludable.

(3) Autocuidado y cuidado médico: (a) 69 - 84 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 53 - 68 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 37 - 52 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 21- 36 una práctica estilo de vida no saludable.

(4) Hábitos alimenticios: (a) 55 - 68 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 43 - 54 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 30 - 42 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 17 - 29 una práctica estilo de vida no saludable.

(5) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: (a) 34 - 40 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 26 - 33 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 18 - 25 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 10 - 17 una práctica estilo de vida no saludable.

(6) Sueño: (a) 33 - 40 que representa una práctica de estilo de vida muy saludable, (b) 25 - 32 una práctica de estilo de vida saludable, (c) 17 - 24 una práctica de estilo de vida poco saludable y (d) 10 - 16 una práctica estilo de vida no saludable.

A fines de la presente investigación se realizaron ambos cálculos, es decir se tomó en cuenta el puntaje global para realizar los análisis estadísticos pertinentes y también se realizó dicho análisis con las seis dimensiones para las prácticas y las creencias por separado.

Arrivillaga et al. (2003) señalan en su investigación que el instrumento cuenta con una alta confiabilidad y validez, sin reportar el valor del alfa de Cronbach. Por su parte, por Lacruz-Colmenárez (2012) realizó una validación del instrumento en la población venezolana, específicamente en la ciudad de Barquisimeto. La autora reportó que el instrumento es confiable y obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach $\alpha = 0.81$. Asimismo, Lacruz-Colmenárez (2002) indicó que el instrumento fue validado mediante jueces expertos en el área de psicología de la salud de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. De esta manera, resultó factible la administración de este instrumento a la muestra empleada en la presente investigación, sin requerir de una prueba piloto.

Adicional a los instrumentos previamente descritos, se les presentó a los participantes una hoja tamaño carta de papel bond con preguntas en relación a sus datos de identificación, como lo son la edad, el sexo y el tiempo que ha transcurrido desde que le fue diagnosticada la enfermedad hasta la actualidad. De igual modo, se le presentó un enunciado con las instrucciones a seguir y el acuerdo de confidencialidad de la información proporcionada (ver Anexo C).

Procedimiento

En primer lugar, se procedió a redactar una carta para los centros de atención para diabéticos, en la cual fue explicada nuestra investigación y se les solicitaba su permiso y colaboración para llevar a cabo el estudio en sus instalaciones. Seguido de ello, se acudió a los centros para poder establecer el acuerdo para el procedimiento.

Se continuó el proceso de investigación realizando la recolección de los datos, para ello fueron administrados los dos instrumentos en la muestra seleccionada aleatoriamente de la población de los centros de atención para diabéticos, en la ciudad de Caracas, Venezuela. Los instrumentos fueron en su mayoría administrados personalmente por los investigadores y con el permiso de los centros de atención para diabéticos, igualmente los investigadores permanecieron presentes durante la administración para poder facilitar el proceso, aclarar dudas y prestar ayuda a quien la necesitaba. La recolección de datos llevada a cabo en el Club de Diabetes del CSSI, requirió participación de las investigadoras en una charla informativa realizada por el club, la misma tuvo una duración de 4 horas y fue llevada a cabo en las canchas deportivas de la Universidad Católica Andrés Bello. Adicional a ello, se empleó un medio de administración digital a través de un link de Google Forms, el cual no permite que la persona realice modificaciones a las preguntas, ni omita respuestas y registra de manera automática las respuestas del paciente en una base de datos de Excel. A través de este formato digital se realizaron 15 encuestas, las cuales fueron

aplicadas a pacientes diabéticos de relación cercana con las tesis. Estos pacientes no asisten a centros de atención, únicamente a consultas endocrinológicas en clínicas en Caracas.

Posteriormente, se analizaron de los datos obtenidos, mediante el uso del programa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 19, realizando el análisis psicométrico de los instrumentos, el análisis descriptivo de los datos y el análisis de regresión. En función de los resultados obtenidos, se procedió a construir el modelo de ruta resultante, y fue contrastado con el modelo propuesto inicialmente. Además los resultados obtenidos fueron analizados, discutidos y contrastados en función de la literatura previa y los modelos teóricos. A modo de cierre, se planteó las limitaciones en la investigación y las posibles recomendaciones para investigaciones futuras.

IV. ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar, se realizó la base de datos en el programa estadístico Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 19 para así llevar a cabo el análisis de los descriptivos de los datos obtenidos en la investigación. Se calcularon los registros de frecuencias y porcentaje para la variable nominal sexo, y en el caso de las variables continuas, es decir la edad, el tiempo de diagnóstico, el estilo de vida y la calidad de vida, así como también se realizó el cálculo de media, desviación típica, asimetría, kurtosis, mínimo, máximo y el coeficiente de variación.

Posteriormente, se llevó a cabo la comprobación de los supuestos metodológicos del análisis de regresión multivariante, como lo son la homocedasticidad, normalidad y multicolinealidad. Seguido de esto, se llevó a cabo el análisis de los datos obtenidos, a fin de contrastar las relaciones planteadas en el modelo de ruta con el modelo resultante. Para ello, se empleó la técnica de regresión múltiple, a través de la cual se obtuvieron los estadísticos de coeficientes beta β , correlación múltiple R, coeficiente de determinación múltiple R^2 , error estándar de regresión múltiple (e) y F de Fisher, con un nivel de significancia de .05, así como también se realizó el cálculo del error.

Análisis psicométricos de los instrumentos

Antes de procesar los datos sobre una muestra total de 276 pacientes diabéticos con DM2, se realizó el cálculo de la confiabilidad para los instrumentos administrados, mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach. En el caso de *Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida* (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2003), se obtuvo una consistencia interna alta y significativa ($\alpha = .79$) con el instrumento. Asimismo, en el caso del *Cuestionario de Salud (SF-36) para la medición de la calidad de vida* (Ware y Sherbourne, 1992), se obtuvo una

consistencia interna alta y significativa ($\alpha = .92$) con el instrumento (ver anexo D).

Análisis de descriptivos

Una vez realizado el análisis de confiabilidad de los instrumentos, se realizó el cálculo de los estadísticos descriptivos de tendencia central, dispersión y puntaje mínimo y máximo, con la finalidad de estudiar la distribución de los puntajes en cada una de las variables implicadas en el diagrama de ruta.

De una muestra total de 276 pacientes con DM2, se encontró que 179 eran mujeres (64,9%) y 97 eran hombres (35,1%). En relación a la edad de los participantes, se obtuvo una distribución de la muestra en un rango entre 18 y 85 años, con una edad media de 56,60, en donde la mayoría de los participantes se agrupaba en el grupo de adultos y adultos mayores. Asimismo, para la variable tiempo de diagnóstico, se obtuvo una distribución muy heterogénea ($CV = 99.58$) de la muestra ($n = 247$), en un rango entre 1 y 54 años, con un tiempo medio de 10.99 años.

Específicamente, la calidad de vida se estudia a través de las siguientes ocho dimensiones: (a) función física, (b) rol físico, (c) dolor corporal, (d) la salud general (e) vitalidad, (f) función social, (g) rol emocional y (h) salud mental. A continuación se procederá a exponer el análisis de descriptivos para cada una estas dimensiones.

En el caso de la dimensión *función física*, se encontró una media aritmética de 24.30 en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue de 10 y el máximo de 30. Los datos se distribuyeron de manera heterogénea ($CV = 21.32$; $n = 275$) y con una tendencia a la agrupación en puntuaciones superiores, con una forma de la distribución asimétrica negativa ($As = -1,076$) y mesocúrtica ($Ku = 0.163$). Esto indica que la mayoría de los pacientes diabéticos encuestados, no presentan limitaciones físicas, lo que se entiende como una buena calidad de vida (ver tabla 1).

En la dimensión *rol físico*, se obtuvo una con una media aritmética de 15.50 ($n = 275$) con una distribución heterogénea ($CV = 33.93$) y en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue de 4 y el máximo de 20. Los datos presentaron una tendencia a la agrupación en puntuaciones superiores, con una forma de la distribución asimétrica negativa ($As = -0.959$) y mesocúrtica ($Ku = -0.359$). Esto quiere decir que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la investigación, realizan sus actividades diarias sin limitaciones, lo que a su vez se entiende como una buena calidad de vida (ver tabla 1).

Para la dimensión *dolor corporal*, se presentó una media aritmética de 7.20 ($n = 274$). Los datos presentaron una tendencia a la agrupación en puntuaciones superiores, en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue de 2 y el máximo de 10, distribuyéndose de manera heterogénea ($CV = 34.44$), de forma asimétrica negativa ($As = -0.462$) y mesocúrtica ($Ku = -0.911$). Por ello, la mayoría de los pacientes diabéticos encuestados, no presenta dolor corporal, lo que se entiende como una buena calidad de vida (ver tabla 1).

En cuanto a la dimensión *salud general*, se obtuvo una media aritmética de 16.61 ($n = 276$), en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue de 5 y el máximo de 25. Presentando una distribución heterogénea ($CV = 28.05$), de forma asimétrica negativa ($As = -0.273$) y una forma mesocúrtica ($Ku = -0.590$). Esto indica que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la investigación, califican a su salud como buena, y esto se entiende como una buena calidad de vida (ver tabla 1).

Para la dimensión *vitalidad* se presentó un puntaje medio de 12.459 ($n = 274$) en un rango entre 4 y 20 puntos, con una distribución muy heterogénea ($CV = 35.46$), de forma asimétrica negativa ($As = -0.070$) y mesocúrtica ($Ku = -0.794$). En función de estos resultados, la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron

en la investigación tienen un nivel medio de energía y entusiasmo, lo que se puede entender como una buena calidad de vida (ver tabla 1).

En la dimensión *función social*, se obtuvo una media aritmética de 7.567 ($n = 275$) en un rango entre 2 y 10 puntos, distribuyéndose de manera muy heterogénea ($CV = 29.86$), con una forma asimétrica negativa ($As = -0.536$) y mesocúrtica ($Ku = -0.525$), los datos presentaron una tendencia a la agrupación en puntuaciones superiores. Por ello, la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la investigación, realizan sus actividades sociales sin limitaciones, entendiéndose como una buena calidad de vida (ver tabla 1).

Asimismo, para la dimensión *rol emocional*, se encontró un puntaje medio de 11.398 ($n = 276$) en un rango entre 3 y 15 puntos, presentando una distribución muy heterogénea ($CV = 32.74$) con una forma de la distribución de forma asimétrica negativa ($As = -0.843$), mesocúrtica ($Ku = -0.369$) y con una tendencia a la agrupación en puntuaciones superiores. Esto indica que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la investigación, realizan sus actividades diarias sin limitaciones emocionales, es decir tienen una buena calidad de vida (ver tabla 1).

Por último, en la dimensión *salud mental*, se obtuvo una media de 18.394 ($n = 276$) en un rango entre 5 y 25 puntos, con una distribución muy heterogénea ($CV = 28.16$), de forma asimétrica negativa ($As = -0.549$) y mesocúrtica ($Ku = -0.510$) y con una tendencia a la agrupación en puntuaciones superiores. Por ello, la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la investigación, tienen una sensación de bienestar y tranquilidad en su vida diaria, lo que se entiende como una buena calidad de vida (ver tabla 1).

Una vez finalizado el análisis de descriptivos correspondiente a las dimensiones de la calidad de vida, se procederá a presentar el análisis de descriptivos para la variable prácticas del estilo de vida, la cual se comprende a través de las

siguientes seis dimensiones: (a) condición, actividad física y deporte, (b) recreación y manejo del tiempo libre, (c) autocuidado y cuidado médico, (d) hábitos alimenticios, (e) consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y (f) sueño. A continuación se procederá a exponer el análisis de descriptivos para cada una estas dimensiones.

En la dimensión *prácticas de la condición, actividad física y deporte*, se obtuvo una media aritmética de 13.65 ($n = 275$), en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue de 6 y el máximo de 24, presentando una distribución heterogénea ($CV = 36.41$), de forma asimétrica positiva ($As = 0.415$) y mesocúrtica ($Ku = -.894$) con una tendencia a la agrupación en puntuaciones moderadas bajas. Esto quiere decir que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la presente investigación realizan pocas actividades físicas que involucren una gran inversión de energía, es decir tiene una práctica poco saludable de su estilo de vida (ver tabla 1).

Para la dimensión *prácticas de recreación y manejo del tiempo libre* se encontró una media aritmética de 13,76 ($n = 273$), en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue de 6 y el máximo de 20, con una distribución heterogénea ($CV = 19.68$), de forma asimétrica negativa ($As = -0.182$) y mesocúrtica ($Ku = -.415$) y los datos presentaron una tendencia a la agrupación en puntuaciones moderadas altas. En función de estos resultados, la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la presente investigación realizan actividades dirigidas a satisfacer sus gustos e intereses y que le causen placer y descanso, es decir tienen una práctica saludable de su estilo de vida (ver tabla 1).

En cuanto a la dimensión *prácticas de autocuidado y cuidado médico* se obtuvo una media aritmética de 60.22 ($n = 261$), en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue de 37 y el máximo de 72, distribuyéndose de manera heterogénea ($CV = 11.31$), de forma asimétrica negativa ($As = -0.808$) y mesocúrtica ($Ku = -0.759$) con una tendencia a la agrupación en puntuaciones moderadas altas. Es decir,

la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la presente investigación tienen conductas orientadas al beneficio de su salud como la adherencia al tratamiento, lo que se entiende como una práctica saludable de su estilo de vida (ver tabla 1).

En la dimensión *práctica de hábitos alimenticios*, se encontró una media aritmética de 55.65 ($n = 273$), en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue 30 y el puntaje máximo de 67. Asimismo, la distribución de los puntajes obtenidos fue homogénea ($CV = 11.69$), de forma asimétrica negativa ($As = -.949$) y platicúrtica ($Ku = 1.17$), en donde los datos presentaron una tendencia a la agrupación en puntajes altas. Esto indica que la mayoría de los pacientes encuestados en la presente investigación tiene una práctica de sus hábitos alimenticios, lo que se entiende como una práctica de un estilo de vida muy saludable (ver tabla 1).

En la dimensión *práctica de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas* se presentó una media aritmética de 27.37 ($n = 270$), en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue de 14 y el máximo de 32. La distribución de los puntajes obtenidos fue homogénea ($CV = 12.31$), de forma asimétrica negativa ($As = -1.468$) y leptocúrtica ($Ku = -2.91$), en donde los datos presentaron una tendencia a la agrupación en puntuaciones moderadas altas. Esto indica que la mayoría de los pacientes diabéticos encuestados, no consumen alcohol, tabaco u otras drogas, entendiéndose como una práctica saludable de su estilo de vida (ver tabla 1).

Por último, en la dimensión *prácticas de sueño* se obtuvo un puntaje medio de 28.509 ($n = 273$) en un rango de respuesta donde el puntaje mínimo fue de 12 y el máximo de 40, con una distribución heterogénea ($CV = 22.28$), de forma asimétrica negativa ($As = -0.437$) y mesocúrtica ($Ku = -0.526$), presentando una tendencia a la agrupación en puntuaciones superiores. En función de estos resultados, la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la presente investigación duermen saludablemente (ver tabla 1).

Una vez realizado el análisis de descriptivos correspondiente a las dimensiones de las prácticas del estilo de vida, se procederá a presentar el análisis de descriptivos para la variable creencias sobre el estilo de vida, la cual se comprende a través de seis dimensiones de las cuales solo se obtuvo relaciones significativas para las siguientes tres: (a) condición, actividad física y deporte, (b) recreación y manejo del tiempo libre y (c) consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. A continuación se procederá a exponer el análisis de descriptivos para cada una de estas dimensiones.

Para la dimensión *creencias sobre la condición, actividad física y deporte*, se encontró una media aritmética de 16.44 ($n = 273$), con un rango entre 7 y 20 puntos distribuyéndose de manera muy homogénea ($CV = 7.24$), de forma asimétrica negativa ($As = -.885$) y mesocúrtica ($Ku = .688$), en donde los puntajes tienen una tendencia a agruparse en puntuaciones superiores. Es decir, la mayoría de los pacientes diabéticos encuestados, tienen una alta creencia de que realizar actividades físicas y deportes resulta favorable para su salud, lo que se entiende como una alta creencia sobre su estilo de vida (ver tabla 1).

Para la dimensión *creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre*, se obtuvo un puntaje medio de 12.85 ($n = 275$), en un rango entre 8 y 16 puntos, con una distribución heterogénea ($CV = 16.24$), de forma asimétrica negativa ($As = -0.227$) y mesocúrtica ($Ku = -0.865$). Los datos presentaron una tendencia a la agrupación en puntuaciones superiores. En función a estos resultados, la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la investigación tiene una alta creencia de que realizar actividades de recreación que generen placer y descanso es beneficioso para su salud, entendiéndose como una alta creencia sobre su estilo de vida (ver tabla 1).

Por último, en la dimensión *creencias sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas* se obtuvo una media aritmética de 37.54 ($n = 273$), en un rango entre 23 y 48 puntos, con una distribución homogénea ($CV = 12.54$), de forma asimétrica

negativa ($As = -.335$) y mesocúrtica ($Ku = -.178$). Los datos presentaron una tendencia a la agrupación en puntuaciones superiores. Es decir, la mayoría de los pacientes diabéticos encuestados, tiene una muy alta creencia de que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas resulta perjudicial para su salud, lo que se entiende como una muy alta creencia sobre su estilo de vida (ver tabla 1).

En resumen, se encontró que los instrumentos aplicados en la presente investigación son confiables. En cuanto a las variables socio demográficas, la muestra estuvo conformada mayormente por mujeres, con una edad promedio de 56,60 años y una media de 10,99 años de haber sido diagnosticados.

Asimismo, en cuanto a las dimensiones de la calidad de vida, se encontró que la mayoría de los pacientes diabéticos, no presentan limitaciones físicas, realizan sus actividades diarias sin limitaciones, no presentan dolor corporal, evalúan su salud personal como excelente, tienen un nivel medio de energía, realizan sus actividades sociales sin limitaciones, realizan sus actividades diarias sin limitaciones de tipo emocional y tienen una sensación general de bienestar.

De igual modo, en relación a las dimensiones de las prácticas del estilo de vida, se encontró que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la presente investigación, realizan pocas actividades físicas, realizan de manera frecuente actividades de recreación, cumplen con actividades de autocuidado, tienen una ingesta saludable de alimentos, no consumen alcohol, tabaco u otras drogas y duermen entre 6 y 8 horas, lo que se entiende como una práctica saludable de su estilo de vida.

En relación a las dimensiones de creencias del estilo de vida, se encontró que la mayoría de los pacientes diabéticos tienen una alta creencia de que realizar actividades físicas y de recreación es favorable para la salud, y asimismo, se encontró que tienen una muy alta creencia que consumir alcohol, tabaco y otras drogas es

perjudicial para la salud.

Por último, en cuanto al tiempo de diagnóstico, se encontró que aquellos pacientes de mayor edad, presentan a su vez, un mayor tiempo de haber sido diagnosticados con DM2.

A continuación se presenta la tabla resumen de los descriptivos obtenidos por dimensiones para las variables medidas en el presente estudio, en donde aquellas que se encuentren en **negrita** son las que dimensiones que presentaron relaciones significativas en el diagrama de ruta.

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos de las variables medidas.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
CalidadGeneral	276	5.00	25.00	16.6123	4.66769	-.273	.147	-.590	.292
CalidadFunciónFísica	275	10.00	30.00	24.2982	5.18474	-1.076	.147	.163	.293
CalidadRolFísico	275	4.00	20.00	15.5055	5.26132	-.959	.147	-.359	.293
CalidadVitalidad	274	4.00	20.00	12.4599	4.43184	-.070	.147	-.794	.293
CalidadMental	276	5.00	25.00	18.3949	5.18177	-.549	.147	-.510	.292
CalidadRolEmocional	276	3.00	15.00	11.3986	3.73298	-.843	.147	-.360	.292
CalidadFunciónSocial	275	2.00	10.00	7.5673	2.26002	-.536	.147	-.525	.293
CalidadDolor	274	2.00	10.00	7.2044	2.48406	-.462	.147	-.911	.293
PrácticasCondición	275	6.00	24.00	13.6473	4.97468	.415	.147	-.894	.293
PrácticasRecreación	273	6.00	20.00	13.7656	2.70688	-.182	.147	-.415	.294
PrácticasAlimentación	273	30.00	67.00	55.6557	6.62205	-.949	.147	1.170	.294
PrácticasCuidado	261	37.00	72.00	60.2184	6.81247	-.808	.151	.759	.300
PrácticasDrogas	270	14.00	32.00	27.3741	3.36901	-1.468	.148	2.905	.295
PrácticasSueno	273	12.00	40.00	28.5092	6.35420	-.437	.147	-.526	.294
Creenciasfísica	273	7.00	20.00	16.4432	2.72473	-.885	.147	.688	.294
Creenciasrecreación	275	8.00	16.00	12.8509	2.08828	-.227	.147	-.865	.293
CreenciasCuidado	272	29.00	52.00	41.7610	4.94451	-.321	.148	-.445	.294
CreenciasAimentacio	275	10.00	28.00	20.2400	3.65489	-.499	.147	-.082	.293
CreenciasDrogas	273	23.00	48.00	37.5495	4.71371	-.335	.147	-.178	.294
CreenciasSueno	274	6.00	24.00	14.5876	3.71730	.046	.147	-.299	.293
Valid N (listwise)	253								

Análisis de ruta

A fines de comprobar los supuestos requeridos para el análisis de regresión múltiple, se evaluaron los criterios de normalidad de las variables endógenas, los supuestos de los errores y la multicolinealidad entre las variables independientes del modelo de regresión. En cuanto al supuesto de normalidad, se observó que las variables se distribuyen normalmente. En lo que respecta al supuesto de multicolinealidad, se encontró que los coeficientes de correlación (producto-momento de Pearson), son inferiores a .70, indicando que no existe multicolinealidad entre las mismas.

Otro de los supuestos que se cumple, es el de la no correlación entre los errores, dado que los coeficientes (Durbin Watson) estuvieron cercanos a 2, las medias de los errores son iguales a cero.

Posterior a verificar el cumplimiento de los supuestos y a modo de comprobar las hipótesis planteadas para cada una de las variables predictoras involucradas en el diagrama de ruta, se procedió a realizar el análisis de regresión múltiple para las variables endógenas, así como los coeficientes de correlación múltiple, el coeficiente de determinación y los coeficientes β (ver figura 2). El análisis se llevó a cabo en sentido derecha a izquierda según el diagrama de ruta y se empleó como criterio un nivel de significancia .05.

De esta manera, la calidad de vida se comprende a través de las siguientes ocho dimensiones: (a) función física, (b) rol físico, (c) dolor corporal, (d) la salud general (e) vitalidad, (f) función social, (g) rol emocional y (h) salud mental. A continuación se procederá a exponer el análisis de regresiones que resultaron significativos para cada una de estas dimensiones.

La dimensión *función física*, tiene una correlación múltiple moderada y

significativa estadísticamente ($R = .510$; $F = 5.032$; $gl = 15$; $p < .001$) con la combinación lineal de las dimensiones práctica de la condición, actividad física y deporte y práctica de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, explicando el 21 % de la varianza total de función física (R^2 ajustado = .208) (ver anexo E).

La variable que mejor predice la dimensión función física, fue práctica de la condición, actividad física y deporte, con una correlación moderada alta, positiva y significativa estadísticamente ($\beta = .336$; $p = .000$), seguida por práctica de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, presentando una correlación moderada baja, positiva y significativa ($\beta = .140$; $p = .029$). Dado que la dimensión de prácticas sobre el consumo de drogas es inversas, es decir, un mayor puntaje implica un menor consumo y una menor limitación, aquellos pacientes diabéticos que puntúen mayor en dicha dimensión de drogas tendrán una mayor función física, así como también aquellos pacientes que realicen algún deporte o actividad física tendrán una mayor función física. A continuación, en la tabla 2 correspondiente al modelo de regresión para la función física, se encuentra en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas.

Tabla 2.

Coefficientes del Modelo de regresión: Función física.

Model	Coefficients ^a			t	Sig.
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	4.555	5.398		.844	.400
PracticasCondicion	.344	.073	.336	4.706	.000
PracticasRecreacion	-.044	.132	-.024	-.337	.737
PracticasAlimentacion	.003	.054	.004	.058	.954
PracticasCuidado	.012	.053	.016	.228	.820
PracticasDrogas	.220	.100	.140	2.198	.029
PracticasSueno	.040	.049	.052	.817	.415
Creenciasrec	.204	.161	.084	1.266	.207
CreenciasCuidado	.017	.074	.017	.231	.817
CreenciasAimentacion	.089	.093	.063	.955	.341
CreenciasDrogas	.033	.071	.031	.460	.646
CreenciasSueno	.029	.087	.021	.327	.744
Creenciasfisica	.169	.123	.092	1.378	.170
Tiempo_de_diagnostico	-.023	.031	-.047	-.757	.450
sexo	.767	.677	.071	1.132	.259
edad	-.035	.020	-.109	-1.734	.084

a. Dependent Variable: CalidadFuncionFisica

Para la dimensión *rol físico*, se encontró que tiene una correlación múltiple, moderada alta y significativa estadísticamente ($R = .368$; $F = 2.249$; $gl = 15$; $p = .006$), con la combinación lineal de las variables práctica de la condición, actividad física y deporte, práctica de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sexo, explicando el 7,5% de la varianza total de dicha dimensión (R^2 ajustado = .075) (ver anexo F).

La variable que mejor predice la dimensión rol físico, fue práctica de la condición, actividad física y deporte, con una correlación moderada baja y

significativa estadísticamente ($\beta = .175$; $p = .025$), seguida por sexo, presentando una correlación moderada baja y significativa ($\beta = .147$; $p = .032$) y por último, práctica de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, presentando una correlación moderada baja y significativa estadísticamente ($\beta = .134$; $p = .053$). En función de ello, los pacientes diabéticos hombres no tendrán limitaciones para realizar sus actividades físicas. Asimismo, dado que la dimensión de prácticas consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y la dimensión de rol físico son inversas, se entenderá que los pacientes que punteen alto en ambas dimensiones no consumirán alcohol, tabaco u otras drogas y no tendrán dificultades para realizar sus actividades diarias. A continuación, en la tabla 3 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con el rol físico.

Tabla 3.

Coefficientes del Modelo de regresión: Rol físico.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	.988	6.048		.163	.870
PracticasCondicion	.186	.082	.175	2.258	.025
PracticasRecreacion	-.049	.148	-.025	-.329	.742
PracticasAlimentacion	-.022	.061	-.026	-.356	.722
PracticasCuidado	.045	.058	.057	.774	.440
PracticasDrogas	.219	.112	.134	1.946	.053
PracticasSueno	.047	.056	.058	.842	.401
1 creenciasrec	.140	.181	.056	.774	.440
creenciasCuidado	-.033	.083	-.031	-.402	.688
creenciasAimentacion	.015	.105	.010	.145	.885
creenciasDrogas	.059	.080	.053	.737	.462
creenciasSueno	-.156	.098	-.110	-1.597	.112
creenciasfisica	.146	.138	.076	1.058	.291
tiempo_de_diagnostico	.018	.035	.034	.513	.608
sexo	1.642	.759	.147	2.163	.032
edad	.001	.023	.004	.058	.954

a. Dependent Variable: CalidadRolFisico

En cuanto a la dimensión *dolor corporal*, se encontró que tienen una correlación múltiple alta y significativa estadísticamente ($R = .500$; $F = 4.802$; $gl = 15$; $p < .001$), con la combinación lineal de las variables práctica de la condición, actividad física y deporte, práctica de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y práctica de sueño, explicando el 19,89% de la varianza total de dicha dimensión (R^2 ajustado = .198) (ver anexo G).

La variable que mejor predice la dimensión dolor corporal, son las creencias sobre la recreación y el manejo del tiempo libre, con una correlación moderada, positiva y significativa estadísticamente ($\beta = .208$; $p = .002$). En segundo lugar se encuentra la práctica de la condición, actividad física y deporte, con una correlación moderada baja, positiva y significativa ($\beta = .180$; $p = .013$). En tercer lugar, la práctica de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, presentando una correlación moderada baja, positiva y significativa ($\beta = .168$; $p = .009$) y por último, la prácticas de sueño, con una correlación moderada baja, positiva y significativa ($\beta = .140$; $p = .029$).

La dimensión de dolor corporal es inversa, es decir, un mayor puntaje implica un menor dolor, y acorde con esta escala de medida, se encontró que aquellos pacientes diabéticos que tengan la creencia de que realizar actividades placenteras resulta beneficioso para la salud, realicen actividades físicas o deportivas y tengan puntajes más alto en la dimensión prácticas del consumo de alcohol, tabanco y otras drogas y en la dimensión prácticas de sueño, tendrán un menor dolor corporal. A continuación, en la tabla 4 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con el dolor corporal.

Tabla 4.

Coefficientes del Modelo de regresión: Dolor corporal

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-4.236	2.625		-1.614	.108
PracticasCondicion	.089	.036	.180	2.508	.013
PracticasRecreacion	.018	.064	.019	.274	.784
PracticasAlimentacion	.021	.026	.054	.789	.431
PracticasCuidado	.010	.025	.027	.397	.692
PracticasDrogas	.128	.049	.168	2.621	.009
PracticasSueno	.053	.024	.140	2.194	.029
creenciasrec	.243	.079	.208	3.097	.002
creenciasCuidado	-.003	.036	-.007	-.095	.924
creenciasAimentacion	.059	.045	.086	1.305	.193
creenciasDrogas	.012	.035	.024	.354	.724
creenciasSueno	-.061	.043	-.092	-1.437	.152
creenciasfisica	-.046	.060	-.052	-.773	.440
tiempo_de_diagnostico	-.013	.015	-.055	-.888	.375
sexo	.627	.329	.120	1.903	.068
edad	.002	.010	.013	.202	.840

a. Dependent Variable: CalidadDolor

La dimensión *salud general* presentó una correlación múltiple alta y significativa estadísticamente ($R = .447$; $F = 3.600$; $gl = 15$; $p < .001$), con la combinación lineal de las variables práctica de la condición, actividad física y deporte, y con las prácticas de los hábitos alimenticios, explicando el 14,4% de la varianza total de dicha dimensión (R^2 ajustado = .144) (ver anexo H).

La variable que mejor predice la dimensión salud general, fue la práctica de la condición, actividad física y deporte, con una correlación moderada, positiva y

significativa estadísticamente ($\beta = .255$; $p = .001$), seguida por prácticas de los hábitos alimenticios, con una correlación moderada baja, negativa y significativa ($\beta = -.145$; $p = .041$). En este sentido, aquellos pacientes diabéticos que realicen actividades físicas calificarán su salud como buena, mientras que aquellos que tengan una mayor ingesta de alimentos, calificarán su salud como mala. A continuación, en la tabla 5 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con la salud general.

Tabla 5.

Coefficientes del Modelo de regresión: Salud general

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	9.423	5.107		1.845	.066
PracticasCondicion	.238	.069	.255	3.443	.001
PracticasRecreacion	.142	.125	.083	1.136	.257
PracticasAlimentacion	-.106	.052	-.145	-2.056	.041
PracticasCuidado	.054	.049	.078	1.102	.272
PracticasDrogas	.154	.095	.107	1.618	.107
PracticasSueno	.033	.047	.047	.715	.476
1 creenciasrec	-.112	.153	-.051	-.731	.466
creenciasCuidado	.006	.070	.007	.089	.929
creenciasAimentacion	-.011	.088	-.008	-.124	.901
creenciasDrogas	-.024	.068	-.025	-.354	.724
creenciasSueno	-.080	.083	-.064	-.972	.332
creenciasfisica	.174	.116	.104	1.495	.136
tiempo_de_diagnostico	-.021	.029	-.045	-.707	.480
sexo	1.146	.641	.117	1.788	.075
edad	-.003	.019	-.010	-.156	.876

a. Dependent Variable: CalidadGeneral

En el caso de la dimensión *vitalidad*, se obtuvo una correlación múltiple alta y significativa estadísticamente ($R = .494$; $F = 4.627$; $gl = 15$; $p < .001$) entre esta variable y la combinación lineal de prácticas sobre la condición, actividad física y deporte, las prácticas de sueño y el sexo. Asimismo, se encontró un coeficiente de determinación ajustado (R^2 ajustado = .191), el cual indica que el modelo explica un 19,1% de la varianza total de la vitalidad (ver anexo I).

En relación al efecto de cada una de las dimensiones que resultan estadísticamente significativas sobre la vitalidad, los coeficientes Beta indican que la dimensión prácticas de sueño es la que más predice con una correlación moderada y positiva ($\beta = .262$; $p < .001$), seguido por las prácticas de condición, actividad física y deporte presentando una correlación moderada y positiva ($\beta = .249$; $p = .001$) y por último, el sexo con una correlación moderada baja y positiva ($\beta = .156$; $p = .015$). De esta manera, aquellos pacientes diabéticos masculinos que realicen una mayor actividad física o deportes y una mayor práctica en relación al estado de reposo del organismo, tendrán una mayor vitalidad o sentimiento de energía frente al cansancio. A continuación, en la tabla 6 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con la vitalidad.

Tabla 6.

Coefficientes del Modelo de regresión: Vitalidad

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	.504	4.789		.105	.916
PracticasCondicion	.224	.065	.249	3.457	.001
PracticasRecreacion	-.042	.117	-.025	-.356	.722
PracticasAlimentacion	-.015	.048	-.021	-.306	.760
PracticasCuidado	-.010	.046	-.016	-.227	.821
PracticasDrogas	.116	.089	.084	1.298	.196
PracticasSueno	.179	.044	.262	4.082	.000
1 creenciasrec	.117	.143	.055	.817	.415
creenciasCuidado	.011	.065	.012	.172	.864
creenciasAimentacion	-.027	.083	-.021	-.320	.749
creenciasDrogas	-.073	.064	-.077	-1.139	.256
creenciasSueno	-.009	.078	-.007	-.115	.908
creenciasfisica	.131	.109	.081	1.204	.230
tiempo_de_diagnostico	.015	.028	.035	.556	.579
sexo	1.478	.601	.156	2.459	.015
edad	.017	.018	.061	.959	.339

a. Dependent Variable: CalidadVitalidad

Para la dimensión *función social* se obtuvo una correlación múltiple alta y significativa estadísticamente con la combinación lineal de prácticas sobre la condición, actividad física y deporte y las creencias sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ($R = 0.454$; $F = 3.740$; $gl = 15$; $p = 0.000$). Por su parte, el modelo explica un 15,1% de la varianza total de dicha dimensión (R^2 ajustado = 0.151) (ver anexo J).

Al evaluar el efecto de cada una de las dimensiones que resultan estadísticamente significativas sobre la función social, se encontró que la dimensión prácticas sobre la condición, actividad física y deporte predice mayormente con una correlación moderada y positiva ($\beta = .301$; $p = .000$), seguido por las creencias sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con una correlación moderada y positiva ($\beta = .236$; $p = .001$). En función de estos resultados, aquellos pacientes diabéticos que realicen actividades físicas o deportes y que tengan una alta creencia de que el consumo de drogas resulta perjudicial para la salud, realizarán sus actividades sociales sin limitaciones. A continuación, en la tabla 7 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con la función social.

Tabla 7.

Coefficientes del Modelo de regresión: Función social.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.214	2.538		.478	.633
PracticasCondicion	.140	.034	.301	4.073	.000
PracticasRecreacion	-.034	.062	-.040	-.555	.579
PracticasAlimentacion	-.001	.026	-.002	-.033	.974
PracticasCuidado	-.028	.024	-.082	-1.161	.247
PracticasDrogas	.077	.047	.108	1.642	.102
PracticasSueno	.034	.023	.096	1.458	.146
1 creenciasrec	.112	.076	.102	1.474	.142
creenciasCuidado	.040	.035	.086	1.157	.249
creenciasAimentacion	-.068	.044	-.106	-1.554	.122
creenciasDrogas	.115	.034	.236	3.430	.001
creenciasSueno	-.059	.041	-.095	-1.436	.152
creenciasfisica	-.090	.058	-.108	-1.560	.120
tiempo_de_diagnostico	-.017	.015	-.072	-1.134	.258
sexo	.088	.319	.018	.278	.782
edad	.000	.010	.002	.031	.975

a. Dependent Variable: CalidadFuncionSocial

Por su parte, en la dimensión *rol emocional* se obtuvo una correlación múltiple moderadamente alta y significativa estadísticamente entre dicha dimensión y las prácticas sobre la condición, actividad física y deporte ($R = .369$; $F = 2.265$; $gl = 15$; $p = .006$). El coeficiente de determinación ajustado obtenido esta dimensión (R^2 ajustado = .076) señaló que de manera significativa el modelo explica un 7,6% de la varianza total del rol emocional (ver anexo K).

En lo que respecta al efecto de las prácticas sobre la condición, actividad física y deporte, se encontró una correlación moderada y positiva ($\beta = .202$; $p = .009$). En función de estos resultados, aquellos pacientes diabéticos que realicen una mayor actividad física, estarán menos afectados en su trabajo y actividades por problemas emocionales. A continuación, en la tabla 8 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con el rol emocional.

Tabla 8.

Coefficientes del Modelo de regresión: Rol emocional

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	3.238	4.223		.767	.444
PracticasCondicion	.150	.057	.202	2.622	.009
PracticasRecreacion	.039	.103	.029	.378	.706
PracticasAlimentacion	.001	.043	.002	.030	.976
PracticasCuidado	-.041	.040	-.074	-1.008	.315
PracticasDrogas	.037	.078	.032	.472	.638
PracticasSueno	.018	.039	.033	.478	.633
1 creenciasrec	.201	.126	.114	1.591	.113
creenciasCuidado	-.002	.058	-.003	-.034	.973
creenciasAimentacion	-.011	.073	-.011	-.151	.880
creenciasDrogas	.074	.056	.095	1.317	.189
creenciasSueno	-.109	.068	-.110	-1.599	.111
creenciasfisica	.158	.096	.118	1.641	.102
tiempo_de_diagnostico	.040	.024	.110	1.649	.101
sexo	.293	.530	.037	.552	.581
edad	-.002	.016	-.007	-.102	.919

a. Dependent Variable: CalidadRolEmocional

Por último, en la dimensión de *salud mental*, se obtuvo una correlación múltiple alta y estadísticamente significativa ($R = .482$; $F = 4.361$; $gl = 15$; $p < .001$) con la combinación lineal de prácticas sobre la condición, actividad física y deporte, las prácticas de sueño y las creencias sobre recreación y manejo del tiempo libre, y las practicas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Asimismo, el coeficiente de determinación ajustado obtenido para la dimensión salud mental fue de .179, señalando que de manera significativa el modelo explica un 17,9% de la varianza total de dicha dimensión (ver anexo L).

Respecto a las dimensiones que resultan estadísticamente significativas sobre la dimensión salud mental, se encontró que la dimensión prácticas sobre la condición, actividad física y deporte, es la que más predice con una correlación moderada y positiva ($\beta = .265$; $p < .001$), seguido por las prácticas de sueño con una correlación moderada baja y positiva ($\beta = .164$; $p = .012$), las prácticas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con una correlación moderada baja y positiva ($\beta = .143$; $p = .029$) y por último, las creencias sobre recreación y manejo del tiempo libre con una correlación moderada baja y positiva ($\beta = .132$; $p = .053$).

Dado que la subescala de prácticas sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es inversa, es decir, un mayor puntaje implica un menor consumo, aquellos pacientes diabéticos que puntúen mayor en dicha subescala, realicen una mayor actividad física o deportes, una mayor práctica en relación al estado de reposo del organismo y tengan una mayor creencia sobre recreación y manejo del tiempo libre, tendrán una mayor salud mental o bienestar. A continuación, en la tabla 9 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con la salud mental.

Tabla 9.

Coefficientes del Modelo de regresión: Salud mental

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-.414	5.636		-.073	.942
PracticasCondicion	.278	.076	.265	3.651	.000
PracticasRecreacion	.080	.138	.042	.584	.560
PracticasAlimentacion	.017	.057	.020	.295	.768
PracticasCuidado	-.096	.054	-.124	-1.777	.077
PracticasDrogas	.231	.105	.143	2.202	.029
PracticasSueno	.130	.052	.164	2.527	.012
creenciasrec	.329	.169	.132	1.950	.053
creenciasCuidado	.013	.077	.012	.167	.868
creenciasAimentacion	-.048	.098	-.033	-.486	.627
creenciasDrogas	.094	.075	.085	1.255	.211
creenciasSueno	-.064	.091	-.045	-.697	.487
creenciasfisica	.056	.128	.029	.434	.665
tiempo_de_diagnostico	.040	.032	.078	1.249	.213
sexo	1.235	.707	.111	1.746	.082
edad	.011	.021	.033	.515	.607

a. Dependent Variable: CalidadMental

Una vez finalizado el análisis de regresión correspondiente a las dimensiones de la calidad de vida, se procederá a realizar el análisis de regresión para la variable prácticas del estilo de vida, la cual se comprende a través de seis dimensiones, de las cuales se encontraron relaciones significativas con la edad y el sexo en las siguientes cinco dimensiones: (a) condición, actividad física y deporte, (b) recreación y manejo del tiempo libre, (c) autocuidado y cuidado médico, (d) consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y (e) sueño. A continuación se procederá a exponer el análisis de

regresiones que resultaron significativos con el sexo y la edad para cada una de estas dimensiones.

La dimensión *prácticas de la condición, actividad física y deporte*, presentó una correlación múltiple moderada baja y significativa ($R = .164$; $F = 3.741$; $gl = 2$; $p = .025$), con el sexo, explicando el 2% de la varianza total de dicha dimensión ($R^2 = .020$) (ver anexo M).

La variable que mejor predice la práctica de la condición, actividad física y deporte, fue sexo con una correlación moderada baja, positiva y significativa ($\beta = .139$; $p = .022$), indicando que los pacientes diabéticos de sexo masculino son quienes realizan mayores actividades físicas. A continuación, en la tabla 10 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con las prácticas de la condición, actividad física y deporte.

Tabla 10.

Coefficientes del Modelo de regresión: Condición, actividad física y deporte.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	14.461	1.142		12.665	.000
1 sexo	1.445	.626	.139	2.308	.022
edad	-.023	.019	-.075	-1.243	.215

a. Dependent Variable: PracticasCondicion

Para la dimensión *prácticas de la recreación y manejo del tiempo libre*, se encontró que tienen una correlación múltiple moderada baja y significativa ($R = .134$; $F = 2.478$; $gl = 2$; $p = .086$) con el sexo, explicando el 1,1% de la varianza total de dicha dimensión ($R^2 = .011$) (ver anexo N).

La variable que mejor predice la práctica de la recreación y manejo del tiempo libre, fue sexo con una correlación moderada baja, positiva y significativa ($\beta = .133$; $p = .029$), indicando que los pacientes diabéticos de sexo masculino son quienes realizan mayores actividades placenteras. A continuación, en la tabla 11 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con las práctica de la recreación y manejo del tiempo libre.

Tabla 11.

Coefficientes del Modelo de regresión: Recreación y manejo del tiempo libre.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	13.151	.624		21.063	.000
1 Sexo	.750	.343	.133	2.189	.029
Edad	.006	.010	.037	.606	.545

a. Dependent Variable: PracticasRecreacion

Respecto a la dimensión *prácticas del autocuidado y cuidado médico*, se encontró que tienen una correlación múltiple, moderada baja y significativa ($R = .145$; $F = 2.780$; $gl = 2$; $p = .064$) con el sexo, explicando el 1,4% de la varianza total de dicha dimensión ($R^2 = .014$) (ver anexo O).

La variable que más predice la práctica del autocuidado y cuidado médico, fue sexo con una correlación moderada baja, negativa y significativa ($\beta = -.145$; $p = .020$), señalando que los pacientes diabéticos de sexo femenino realizan comportamientos de tipo voluntario en beneficio de su salud. A continuación, en la tabla 12 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita

aquellas regresiones que resultaron significativas con las prácticas del autocuidado y cuidado médico

Tabla 12.

Coefficientes del Modelo de regresión: Autocuidado y cuidado médico.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	60.687	1.604		37.828	.000
sexo	-2.097	.895	-.145	-2.344	.020
edad	.004	.026	.009	.143	.887

a. Dependent Variable: PracticasCuidado

En cuanto a la dimensión *prácticas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas*, se encontró que tienen una correlación múltiple, moderada baja y significativa ($R = .149$; $F = 3.048$; $gl = 2$; $p = .049$), con la edad, explicando el 2,2% de la varianza total de dicha dimensión ($R^2 = .022$) (ver anexo P).

La variable que mejor predice la práctica del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, fue la edad con una correlación moderada baja, positiva y significativa ($\beta = -.118$; $p = .053$), indicando que los pacientes diabéticos de mayor edad no consumen drogas. A continuación, en la tabla 13 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con las prácticas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Tabla 13.

Coefficientes del Modelo de regresión: Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	29.028	.777		37.341	.000
sexo	-.727	.430	-.103	-1.691	.092
edad	-.025	.013	-.118	-1.943	.053

a. Dependent Variable: PracticasDrogas

Y por último, en la dimensión *prácticas del sueño* se obtuvo una correlación múltiple moderada baja y significativa estadísticamente entre dicha dimensión y el sexo ($R = .190$; $F = 5.066$; $gl = 2$; $p = .007$). El coeficiente de determinación ajustado obtenido esta dimensión (R^2 ajustado = .029), señaló que de manera significativa el modelo explica un 2,9% de la varianza total de las prácticas de sueño (ver anexo Q).

Se encontró que la variable que mejor predice la práctica del sueño es el sexo, con una correlación moderada baja y positiva ($\beta = .189$; $p = .002$), lo que indica que los pacientes diabéticos masculinos tendrán una práctica más saludable del sueño. A continuación, en la tabla 14 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con la prácticas del sueño

Tabla 14.

Coefficientes del Modelo de regresión: Sueño

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	27.865	1.452		19.194	.000
sexo	2.516	.799	.189	3.148	.002
edad	-.004	.024	-.010	-.172	.864

a. Dependent Variable: PracticasSueno

Una vez finalizado el análisis de regresión correspondiente a las dimensiones de prácticas del estilo de vida en relación al sexo y la edad, se procederá a realizar el análisis de regresión para la variable creencias sobre el estilo de vida, la cual se comprende a través de seis dimensiones, de las cuales se encontraron solo dos relaciones significativas con la edad y el sexo en las siguientes dimensiones: (a) condición, actividad física y deporte y (b) recreación y manejo del tiempo libre. A continuación se procederá a exponer el análisis de regresiones que resultaron significativos con el sexo y la edad para cada una de estas dimensiones.

En la dimensión *creencia sobre la condición, actividad física y deporte* se obtuvo una correlación múltiple moderada baja y significativa estadísticamente entre dicha dimensión y la edad ($R = .197$; $F = 5.466$; $gl = 2$; $p = .005$). El coeficiente de determinación ajustado obtenido esta dimensión (R^2 ajustado = .032), lo que indica que de manera significativa el modelo explica un 3,2% de la varianza total de las creencias sobre la condición, actividad física y deporte (ver anexo R).

En lo que respecta al efecto de la edad en la creencia sobre la condición, actividad física y deporte se encontró una correlación moderada baja y negativa ($\beta =$

-.190; $p = .002$), y en función a estos resultados, los pacientes diabéticos de menor edad tendrán una alta creencia de que realizar actividades físicas y deportivas resulta beneficioso para la salud. A continuación, en la tabla 15 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con creencia sobre la condición, actividad física y deporte.

Tabla 15.

Coefficientes del Modelo de regresión: Condición, actividad física y deporte.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	18.202	.623	29.194	.000
	sexo	.227	.342	.665	.507
	edad	-.032	.010	-3.169	.002

a. Dependent Variable: creenciasfísica

Por último, en la dimensión *creencia sobre la recreación y manejo del tiempo libre* se obtuvo una correlación múltiple moderada baja y significativa estadísticamente entre dicha dimensión y la edad ($R = .146$; $F = 2.960$; $gl = 2$; $p = .054$). El coeficiente de determinación ajustado obtenido esta dimensión (R^2 ajustado = .014), señaló que de manera significativa el modelo explica un 1,4% de la varianza total la creencia sobre la recreación y manejo del tiempo libre (ver anexo S).

En lo que respecta al efecto de la edad, en las creencias sobre la recreación y el manejo del tiempo libre se encontró una correlación moderada baja y negativa ($\beta = -.146$; $p = .016$), lo que indica que los pacientes diabéticos de menor edad tendrán una alta creencia sobre que realizar actividades de recreación que generen placer y descanso resulta beneficioso para la salud. A continuación, en la tabla 16

correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con las creencias sobre la recreación y el manejo del tiempo libre

Tabla 16.

Coefficientes del Modelo de regresión: Recreación y manejo del tiempo libre

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	13.970	.481		29.071	.000
sexo	-.104	.264	-.024	-.396	.692
edad	-.019	.008	-.146	-2.427	.016

a. Dependent Variable: creenciasrec

En relación al tiempo de diagnóstico, se encontró una correlación múltiple moderada y significativa estadísticamente con la edad ($R = .205$; $F = 5.325$; $gl = 2$; $p = .005$). El coeficiente de determinación ajustado obtenido esta dimensión (R^2 ajustado = .034), señaló que de manera significativa, el modelo explica un 3,4% de la varianza total del tiempo de diagnóstico (ver anexo T).

En lo que respecta al efecto de la edad sobre el tiempo de diagnóstico, se encontró una correlación moderada y positiva ($\beta = -.206$; $p = .001$), lo que indica que los pacientes diabéticos de mayor edad, tendrán un mayor tiempo de diagnóstico de la DM2. A continuación, en la tabla 17 correspondiente al modelo de regresión, se encuentran señaladas en negrita aquellas regresiones que resultaron significativas con el tiempo de diagnóstico.

Tabla 17.

Coefficientes del Modelo de regresión: Tiempo de diagnóstico.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	3.579	2.394		1.495	.136
1 sexo	.499	1.307	.024	.382	.703
edad	.128	.039	.206	3.263	.001

a. Dependent Variable: tiempo_de_diagnostico

De acuerdo a los resultados descritos anteriormente, se observa que aquellos pacientes que realizan actividades físicas o deportes y no consumen alcohol, tabaco u otras drogas, tienen una mayor función física, así como también, se encontró que los pacientes diabéticos hombres no tienen limitaciones para realizar sus actividades físicas.

De igual modo, los resultados obtenidos indican que aquellos pacientes diabéticos que tienen la creencia de que realizar actividades placenteras resulta beneficioso para la salud, realizan actividades físicas o deportivas, no consumen alcohol, tabaco u otras drogas y duerman entre 6 y 8 horas, no tienen dolor corporal.

Asimismo, estos resultados señalan que los pacientes diabéticos que realizan actividades físicas califican su salud como buena, mientras que aquellos que tienen una mayor ingesta de alimentos, califican su salud como mala. Aquellos pacientes diabéticos masculinos que realicen una mayor actividad física o deportes y duerman entre 6 y 8 horas, tienen vitalidad.

Los pacientes diabéticos que realicen actividades físicas o deportes y que tienen una alta creencia de que el consumo de drogas resulta perjudicial para la salud,

realizan sus actividades sociales sin limitaciones. De igual modo, los pacientes que realizan actividades físicas, no están afectados en su trabajo y en el resto de sus actividades diarias por problemas emocionales.

Asimismo, aquellos pacientes diabéticos que no consumen alcohol, tabaco u otras drogas, realizan actividades físicas o deportes, duermen entre 6 y 8 horas y tienen la creencia de que realizar actividades recreativas es beneficioso para la salud, son quienes presentan bienestar general.

En relación al sexo, los resultados obtenidos señalan que los pacientes diabéticos masculinos son quienes realizan mayores actividades físicas, actividades recreativas, duermen saludablemente y tienen mayor energía y vitalidad que las mujeres; mientras que los pacientes diabéticos femeninos realizan más conductas de autocuidado que los hombres.

En el caso de la edad, los resultados obtenidos señalan que los pacientes diabéticos de mayor edad no consumen drogas y tienen un mayor tiempo de diagnóstico de la DM2, mientras que los pacientes diabéticos de menor edad tienen una alta creencia de que realizar actividades físicas y recreativas resulta beneficioso para la salud.

Por último, en función de lo obtenido en el análisis, el modelo definitivo del diagrama de ruta de la presente investigación y su correspondiente leyenda se muestra a continuación.

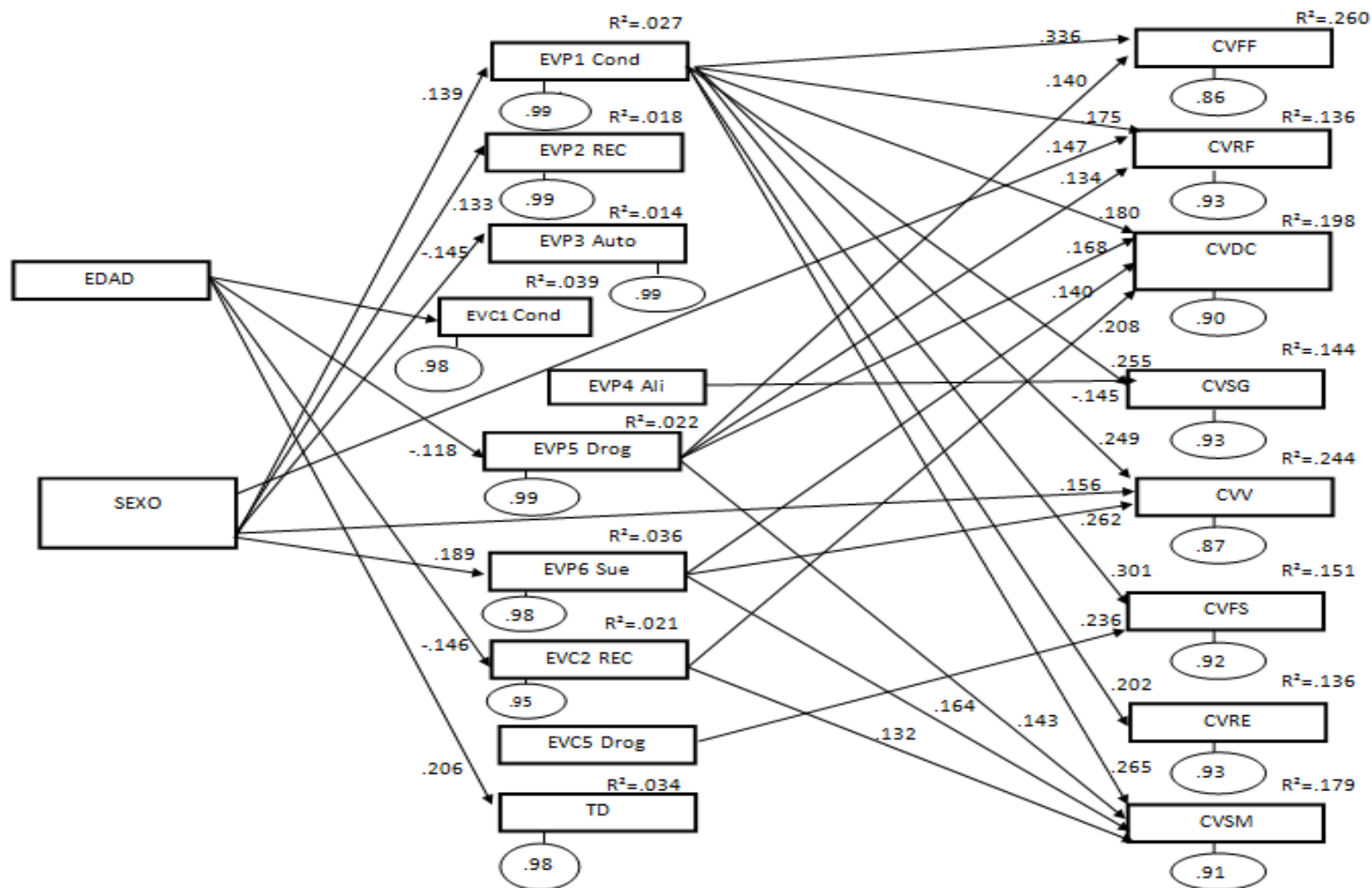


Figura 2. Diagrama de rutas obtenido.

Tabla 18.

Leyenda del diagrama de ruta obtenido.

Código	Significado
CVFF	Calidad de Vida Función Física
CVRF	Calidad de Vida Rol Físico
CVDC	Calidad de Vida Dolor Corporal
CVSG	Calidad de Vida Salud General
CVV	Calidad de Vida Vitalidad
CVFS	Calidad de Vida Función Social
CVRE	Calidad de Vida Rol Emocional
CVSM	Calidad de Vida Salud Mental
EVP1 Cond	Estilo de Vida Prácticas Condición, actividad física y deporte
EVP2 Rec	Estilo de Vida Prácticas Recreación y manejo del tiempo libre
EVP3 Auto	Estilo de Vida Prácticas Autocuidado y cuidado médico.
EVP4 Ali	Estilo de Vida Prácticas Hábitos alimenticios
EVP5 Drog	Estilo de Vida Prácticas Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
EVP6 Sue	Estilo de Vida Prácticas Sueño
EVC1 Cond	Estilo de Vida Creencias Condición, actividad física y deporte
EVC2 Rec	Estilo de Vida Creencias Recreación y manejo del tiempo libre
EVC3 Auto	Estilo de Vida Creencias Autocuidado y cuidado médico.
EVC4 Ali	Estilo de Vida Creencias Hábitos alimenticios
EVC5 Drog	Estilo de Vida Creencias Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
EVC6 Sue	Estilo de Vida Creencias Sueño

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo por objetivo estudiar la influencia de la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico, las creencias y las prácticas del estilo de vida sobre la calidad de vida en pacientes con DM2, bajo la perspectiva de un diseño relacional causal que plantea un modelo explicativo entre variables directas e indirectas.

En relación a la calidad de vida, se encontraron efectos significativos para todas sus dimensiones: (a) función física, (b) rol físico, (c) dolor corporal, (d) la salud general (e) vitalidad, (f) función social, (g) rol emocional y (h) salud mental.

A su vez, se encontraron efectos significativos entre la calidad de vida y cuatro de seis prácticas del estilo de vida: (a) prácticas de la condición, actividad física y deporte, (b) prácticas de los hábitos de alimentación, (c) prácticas sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y (d) prácticas de sueño.

De igual modo, se encontraron efectos significativos entre la calidad de vida y dos de seis creencias del estilo de vida: (a) creencias de recreación y manejo del tiempo libre y (b) creencias del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

De esta forma, en cuanto a la dimensión *función física* de la calidad de vida, es decir, el grado en que la salud limita las actividades físicas, se encontró que la mayoría de los pacientes de la presente investigación realizan actividades físicas sin limitaciones de salud, por ende, su calidad de vida es buena.

A su vez, las prácticas de la condición, actividad física y deporte del estilo de vida, explican esta dimensión de función física, encontrándose que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la presente investigación realizan pocas actividades físicas. Esto se explica en el estudio realizado por Andrade et al. (2013), quienes encontraron que los impedimentos para tener una mayor práctica de la

actividad física pueden ser las barreras internas, es decir, aspectos emocionales tales como la falta de apoyo de las familias y a las barreras externas que pueden ser estímulos ambientales como la falta de espacios para realizar actividad, que limitan a las personas a realizar sus actividades físicas.

En cuanto a la relación indirecta entre función física, prácticas de la condición, actividad física y deporte y el sexo, esto indica que los hombres practican mayores actividades físicas que las mujeres y por ende, presentan una mayor función física. Esto concuerda con lo expuesto por Lema-Soto et al. (2009) quienes plantean en su investigación que los hombres realizan un mayor número de actividades deportivas en comparación con las mujeres, esto debido a que las mujeres tienen un estilo de vida más sedentario que los hombres, resultado que se encontró también en la investigación realizada por Elizondo-Armendáriz et al. (2005).

De igual modo, la dimensión del estilo de vida prácticas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, explica la función física, lo cual es coherente con lo planteado por Fernández et al. (1999), quienes plantean que aquellas personas que consumen alcohol, presentan una menor función física, debido a que las adicciones se relacionan de forma inversa con la calidad de vida, es decir, un mayor consumo se asocia con graves consecuencias para la salud.

En cuanto a la relación indirecta entre función física, prácticas consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y la variable edad, esto indica que los jóvenes consumen más cantidad de sustancias nocivas que los adultos mayores y por ende, presentan una menor función física. Lo anterior se ve reflejado en la investigación llevada a cabo por Fernández et al. (1999), en la cual se encontró que, respecto al consumo de sustancias nocivas, los porcentajes en las personas mayores son más bajos que en la población en general, ya sea porque no es un hábito que adquirieron o porque abandonaron este hábito en el transcurso de su vida. A su vez, Guillen, Castro

y Guillén (2003), plantean que las personas que consumen sustancias nocivas, no se interesan por realizar actividades físicas.

Por su parte, en la dimensión *rol físico* de la calidad de vida, es decir, el grado en que la salud física interfiere en las actividades diarias, se encontró que la mayoría de los pacientes de la presente investigación realizan actividades diarias sin limitaciones de salud, por ende, presentan una buena calidad de vida.

A su vez, la dimensión del estilo de vida prácticas de la condición, actividad física, explican esta dimensión de rol físico, lo cual es congruente con los resultados hallados por Acosta-González et al. (2005), en cuanto a que los pacientes de su muestra cumplen con una práctica de estilo de vida saludable en sus actividades diarias.

Existe una relación indirecta entre rol físico, prácticas de la condición, actividad física y deporte y la variable sexo, que indica que los hombres realizan más actividades diarias y físicas que las mujeres y con menos limitaciones de salud que ellas. Esto no concuerda con lo planteado por Cid et al. (2006), quienes encontraron resultados a favor de las mujeres, pero si concuerda con lo hallado por Gonzalo y Pasarín (2004) quienes plantean que la proporción de personas que practican regularmente ejercicio físico, es algo superior en los hombres que en las mujeres.

De igual modo, la dimensión del estilo de vida prácticas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, explican esta dimensión de rol físico, es decir, un menor consumo de sustancias nocivas implica pocas limitaciones en las actividades diarias a causa de la salud. Esto es coherente con lo planteado por Fernández et al. (1999), quienes encontraron que quienes consumieron grandes cantidades de alcohol, limitan sus actividades diarias debido a su salud.

La relación indirecta entre el rol físico, las prácticas sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y la edad, indica que los jóvenes consumen más sustancias nocivas que los adultos mayores y por ende, limitan más sus actividades diarias. Esto pudiese explicarse según lo planteado en la investigación de Sanabria-Ferrand et al. (2007) quienes señalan que al avanzar la edad, hay una mayor tendencia a presentar reacciones adversas ante el consumo de sustancias nocivas, es decir cuando consumen alcohol u otras drogas estas generan un efecto desagradable o perjudicial en su organismo y por ello evitan más que los jóvenes consumir este tipo de sustancias.

En cuanto a la dimensión de calidad de vida *dolor corporal*, se encontró que la mayoría de los pacientes de la presente investigación no presentan ningún dolor debido a su enfermedad, por ende, tienen una buena calidad de vida.

La dimensión del estilo de vida prácticas de la condición, actividad física y deporte, explican esta dimensión de dolor corporal, indicando que una forma de disminuir los dolores en el cuerpo, es a través de las actividades físicas deportivas, lo cual coincide con lo planteado en la investigación de Guillén et al. (2003), donde explica que la vida sedentaria y la falta de ejercicio físico son aspectos que determinan la aparición de ciertas enfermedades, dolores y agravamiento de las mismas, debido a que la actividad física crea una serie de hábitos y actitudes que resultan en la mayoría de los casos, asociados con beneficios para la salud, tales como la regulación de dicho dolor corporal (Gómez, Santandreu y Egea, 1995).

La relación indirecta entre dolor corporal, prácticas de la condición, actividad física y el sexo, indica que los hombres realizan mayores actividades físicas que las mujeres y por ello, presentan menos dolor corporal que quienes no lo practican. Esto concuerda con lo expuesto por Gonzalo y Pasarín (2004), quienes explican que las mujeres se ven afectadas por la enfermedad, el dolor y la discapacidad, con mayor intensidad que los hombres.

La dimensión del estilo de vida prácticas sobre consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, explican esta dimensión de dolor corporal, indicando que consumir sustancias nocivas se relaciona con sufrir dolores en el cuerpo. Esto es coherente con lo planteado por Fernández et al. (1999), quienes plantean que aquellas personas que consumen alcohol en cantidades excedidas, presentan mayor dolor corporal.

A su vez, dolor corporal se relaciona indirectamente con las prácticas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y la edad, indicando que los jóvenes presentan un mayor consumo de sustancias nocivas que los adultos mayores y presentan dolores corporales. Esto concuerda con lo obtenido por Cid et al. (2006) en su investigación, en donde las personas de mayor edad no presentaban consumo sustancias nocivas. De igual modo, en el estudio de Gonzalo y Pasarín (2004), se encontró que quienes han consumido drogas, presentan dolor corporal. Esto se pudiese explicar mediante lo expuesto por Fernández et al. (1999), quienes señalan que las personas de mayor edad tienden a presentar una condición de salud desfavorable, ya que son quienes tienen una mayor pérdida de energía, dolor corporal y tienden desarrollan en su mayoría dependencia de otros. Sin embargo, los jóvenes están más expuestos a consumir sustancias nocivas, las cuales conllevan a una condición de salud desfavorable. (Fernández et al., 1999).

La dimensión del estilo de vida prácticas de sueño, explican directamente esta dimensión de dolor corporal, indicando que las personas con buenos hábitos de sueño reportan menos dolor. Esto concuerda con lo planteado con Miró et al. (2005), en cuanto a que los sujetos que no duermen durante semanas o meses presentan alteraciones en la salud, tales como el desarrollo de síntomas de cansancio, somnolencia, dificultades de concentración y dolor muscular. Estos mismos autores explican que las alteraciones en el sueño generan impacto negativo en el metabolismo de las funciones endocrinas y corticoidales de la persona. Por ende, el sueño es un excelente indicador de salud física, ya que tiene una estrecha interrelación entre los

procesos de sueño y el estado general de salud física.

La relación indirecta entre dolor corporal, prácticas de sueño y sexo, indica que los hombres reportan dormir sin complicaciones y presentar menor dolor en el cuerpo que las mujeres. Esto es congruente con los resultados de la investigación de Miró et al. (2005), quienes plantean que la presencia de problemas de sueño se relacionaba negativamente con las percepciones generales de salud física, las limitaciones emocionales y la salud mental en las distintas dimensiones de calidad de vida, por ende, a mayor satisfacción de sueño autoevaluada, mejor calidad de vida. En este sentido, sus resultados indicaron que las mujeres tienen a presentar mayores problemas con el sueño y son más sensibles que los hombres al efecto negativo de no dormir.

La dimensión de estilo de vida creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre, explican directamente esta dimensión de dolor corporal, indicando que la mayoría de los pacientes de la presente investigación creen en la relación entre la recreación y los dolores en el cuerpo, lo cual va de la mano con los resultados encontrados en la investigación de Árraga y Sánchez (2007), donde explican que participar en diversas actividades de recreación, libera de la rutina, inactividad y sedentarismo, de tensiones como el estrés y la ansiedad, por ende, disminuye la posibilidad de enfermar, presentar dolencias físicas o inclusive disminuye el proceso de envejecimiento.

A su vez, la relación indirecta entre dolor corporal, creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre y la edad, indica que los adultos mayores tienen la creencia de que la recreación se relaciona con sus dolores en el cuerpo, lo cual lo explica Murillo (2003), en su investigación donde encontró que los adultos mayores tienen la creencia de que realizar actividades recreativas acordes con su realidad individual y grupal, mejora su calidad de vida, inclusive reduce enfermedades y dolores relacionadas con la inactividad.

En cuanto a la dimensión de calidad de vida *salud general*, es decir, la valoración personal de la salud, se encontró que la mayoría de los pacientes de la presente investigación presentan una excelente valoración personal de la salud, por ende, tienen una mejor calidad de vida.

La dimensión de estilo de vida prácticas de la condición, actividad física y deporte, explican directamente esta dimensión de salud general, indicando que aquellos pacientes que realizan actividades físicas, perciben mejor su salud, lo cual es explicado por Arrivillaga et al. (2003), quienes encontraron en su investigación que hacer ejercicio mejora la salud y evita enfermedades.

La relación indirecta entre salud general, prácticas de la condición, actividad física y deporte y el sexo, indica que los hombres realizan actividades físicas en mayor medida que las mujeres, lo cual les permite tener una percepción a favor de la salud. Esto es congruente con los resultados hallados en la investigación de Lema-Soto et al. (2009) donde son los hombres quienes realizan mayor número de actividades deportivas.

Las prácticas de los hábitos alimenticios, explican directamente esta dimensión de salud general, indicando que la mayoría de los pacientes diabéticos de la presente investigación tienen una ingesta alimenticia adecuada por lo que perciben mejor su salud, así como sucede en el estudio de Cid et al. (2006) quienes encontraron que aquellas personas que perciben mejor su estado de salud, se alimentan de forma saludable.

Para la dimensión *vitalidad* de la calidad de vida, es decir, el sentimiento de energía frente al cansancio, se encontró que la mayoría de los pacientes de la investigación tienen un nivel medio de energía, lo que se corresponde con lo expuesto por Mena et al. (2006) en relación a que los pacientes con DM2 tienden a presentar

un nivel medio de vitalidad y resultando además congruente con lo esperado en la presente investigación.

La dimensión del estilo de vida prácticas de sueño, explican directamente esta dimensión de vitalidad, indicando que dormir saludablemente aumenta la vitalidad del paciente. Esto es congruente con lo señalado por Fuentes-Facundo et al. (2004), en donde la mayoría de los pacientes diabéticos presentan un patrón de sueño saludable y por ende, una mayor energía en sus actividades. Esto podría deberse a que mantener patrón de sueño entre 6 y 8 horas diarias aumenta la sensación de bienestar, energía y vitalidad en los pacientes, lo que representa una mejor calidad de vida, así como también mantener un patrón de sueño menor a 6 horas se asocia de manera directa con un aumento de quejas físicas, tensión corporal y fatiga, indicando una peor calidad de vida (Miró et al., 2005).

El sexo explica directamente esta dimensión de vitalidad, indicando que los hombres presentan una mayor vitalidad y energía que las mujeres, así como también aquellos hombres que cumplen con un patrón de sueño saludable, presentan una mayor vitalidad. Esto concuerda con lo expuesto por Miró et al. (2005), en donde señalan que los hombres tienen una menor dificultad para conciliar el sueño debido a estresores, como lo sería padecer de una enfermedad crónica como la diabetes, por lo que pueden mantener un adecuado patrón de sueño y presentan una mayor vitalidad que las mujeres.

A su vez, las prácticas de la condición, actividad física y deporte, explican directamente esta dimensión de vitalidad, indicado que a mayor actividad física, mayor vitalidad en los pacientes. Esto se corresponde con lo expuesto por Molina-García, et al. (2007) al apoyar la existencia de una relación positiva entre las prácticas de actividades físicas y la vitalidad de la persona. Esto puede deberse a que realizar actividades físicas tiene un efecto sobre el consumo energético que realiza la persona y este se ve reflejado en un mayor nivel de vitalidad y entusiasmo durante el día. Es

importante mencionar que la actividad física tiene efectos beneficiosos sobre la tolerancia a la glucosa, la sensibilidad a la insulina, el peso corporal y la tensión arterial, lo que permite que el paciente diabético tenga una mayor vitalidad (López-Fontana et al., 2003)

Para la dimensión *función social* de la calidad de vida, es decir, el grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social, se encontró que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la presente investigación, realizan sus actividades sociales habituales sin inconvenientes debido a problemas físicos o emocionales.

Las prácticas del estilo de vida de la condición, actividad física y deporte, explican directamente esta dimensión de función social, es decir que, al realizar una mayor actividad física y deportes los pacientes no presentan limitaciones físicas, por lo que pueden cumplir con sus actividades sociales habituales sin restricciones.

Asimismo, se encontró una relación indirecta entre la función social y el sexo, a través de las prácticas de condición, actividad física y deporte, en donde los pacientes diabéticos hombres que ejecutan actividades físicas, realizan sin inconvenientes sus actividades sociales habituales. Esto puede deberse a que los hombres tienden a realizar una mayor actividad física porque les atrae la competición y el sentirse activos, sin embargo, resulta importante tener en cuenta que actividad física tiende socialmente a asociarse con actividades deportivas y puede ocurrir que pacientes femeninas que si realizan actividades físicas, más no un deporte propiamente, den una respuesta negativa ante estos ítems (Blasco, Capdevila, Pintanel, Valiente y Cruz, 2003).

De igual modo, se encontró que las creencias sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, explican directamente esta dimensión de función social, lo que resulta congruente con los resultados obtenidos por Salazar y Arrivillaga (2004) en

donde los pacientes tienen la creencia de que el consumo de alcohol es perjudicial para la salud. Esta relación puede estar asociada con que la función social hace referencia a actividades sociales habituales de la persona con DM2, las cuales están inmersas en un contexto sociocultural y a su vez las creencias sobre el consumo de drogas, tabaco y otras sustancias se relacionan con factores socioculturales como los juicios de valor sobre las consecuencias de ingerir drogas. (García-Mas, 2007; Fernández et al., 1999).

Es importante mencionar que además de lo expuesto teóricamente en relación a las creencias sobre consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, estos resultados pudiesen estar influenciados por la discapacidad social, ya que debido a la longitud del instrumento, su administración se realizó de manera presencial por las tesisistas, por ello, se recomienda cautela al momento de generalizar estos resultados a la población.

En el caso de la dimensión *rol emocional* de la calidad de vida, es decir, el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, se obtuvo que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la presente investigación, no tienen inconvenientes para realizar sus actividades habituales debido a problemas emocionales. Esta dimensión se relaciona directamente con prácticas de la condición, actividad física y deporte e indirectamente con sexo.

Lema-Soto et al. (2009) plantean que tener una adecuada regulación emocional aumenta la sensación de bienestar, disminuye la ansiedad y la depresión. Asimismo, la actividad física, se relaciona de manera directa con un aumento en la regulación emocional, es decir, aquellos pacientes que realicen actividades físicas con una mayor frecuencia tienen una mayor sensación de bienestar y una menor ansiedad y depresión. Esto se debe a que las personas se sienten mejor después de realizar ejercicio y que la mayoría de las personas que realizan actividades físicas expresan

sentirse bien porque el ejercicio alivia la tensión y favorece la concentración y facilita la presencia de estados emocionales positivos (Márquez, 1995).

De igual manera, existe una relación indirecta entre el sexo y el rol emocional a través de la dimensión condición, actividad física y deporte, en donde los hombres realizan una mayor actividad física que las mujeres y tienen una mejor regulación emocional, por lo que realizan sus actividades diarias sin problemas de tipo emocional. Esto resulta congruente con lo expuesto por Sánchez-Núñez, Fernández-Berrocal, Montañés-Rodríguez y Latorre-Postigo (2004), quienes señalan que en diversas investigaciones se ha encontrado que las mujeres tienden a ser emocionalmente más expresivas que los hombres, así como también logran una mayor comprensión de sus emociones y que esto puede deberse a los patrones de socialización bajo los cuales se desarrollan hombres y mujeres. En el caso de los hombres, encuentran una mayor limitación social para expresar sus emociones y desarrollan competencias para minimizar emociones como la vulnerabilidad, el miedo y el dolor. Por ello, resulta congruente lo obtenido en relación al rol emocional de los pacientes diabéticos, en donde los hombres que participaron en la presente investigación pudieron haber contestado ante estos ítems en función de su tendencia a minimizar las emociones y mostrando un estado de bienestar y una mejor regulación emocional que las mujeres.

Por su parte, para la dimensión *salud mental* de la calidad de vida, la cual se refiere a la sensación de bienestar y tranquilidad, se encontró que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en el estudio presentan un puntaje intermedio de tranquilidad y bienestar, resultando además congruente con lo esperado en la presente investigación

Las prácticas del estilo de vida de la condición, actividad física y deporte, explican directamente esta dimensión de la salud mental, indicando que realizar

actividades físicas se asocia con un estado de bienestar. De manera indirecta se relaciona con el sexo, en donde aquellos pacientes hombres que realicen actividades físicas tendrán una mayor tranquilidad y bienestar. Estos resultados se corresponden con lo expuesto por Márquez (1995), quien afirma que la salud mental es una habilidad para afrontar los problemas de la vida, de manera tal que se transforma en un sentimiento de satisfacción personal y el ejercicio tiene un papel preventivo en el deterioro de este sentimiento de bienestar y satisfacción, que contribuye al mantenimiento y desarrollo de la salud física.

A su vez, las prácticas del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, explican directamente esta dimensión de la salud mental, indicando que un menor consumo se asocia con bienestar. Indirectamente se relaciona con la edad, es decir que aquellos pacientes jóvenes que no realicen un consumo de alcohol, tabaco y otras drogas tendrán una mejor salud mental. Sin embargo, se encontró que la mayoría de los jóvenes diabéticos que participaron en la presente investigación presentan consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, esto puede deberse a que a nivel mundial se ha visto un incremento en el consumo de drogas y otras sustancias en los jóvenes (Cáceres et al., 2006). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas resulta perjudicial para la salud debido a que ocasiona daños como efectos crónicos, afecta de manera directa a ciertos órganos y aumenta la complicación de enfermedades ya presentes en la persona como la DM2 (Cáceres et al., 2006). De igual modo, los autores expresan que el consumo de sustancias también ocasiona daños en las relaciones interpersonales, la pérdida del trabajo y la sensación de bienestar, disminuyendo así la calidad de vida del paciente.

En cuanto a la relación indirecta entre las prácticas del sueño, la salud mental y el sexo, esto indica que aquellos pacientes diabéticos que cumplan con un patrón de sueño saludable tienen un mayor bienestar psicológico. Esto puede explicarse a través de lo planteado por Miró et al. (2005), los autores señalan que los hábitos de sueño

son predictores de una buena salud mental, disminuyendo el riesgo de sufrir depresiones. De igual modo, los autores plantean que aquellas personas con un patrón de sueño menor a 6 horas presentan somnolencia diurna y esto se asocia a una mala calidad de vida, ya que el funcionamiento cotidiano de la persona se ve afectado, presentando dificultad para realizar sus actividades cotidianas. En relación al sexo y el sueño, los autores plantean que los hombres presentan una mejor práctica de sueño y esto a su vez se ve reflejado en una buena salud mental.

Asimismo, las creencias sobre la recreación y manejo de tiempo libre, explican directamente esta dimensión de la salud mental, indicando que tener la creencia de que recrearse es favorable para su salud, se asocia con bienestar. De manera indirecta, estas variables se relacionan con la edad de los pacientes, encontrándose que aquellos pacientes de menor edad y con una creencia favorable en relación a la recreación y el manejo del tiempo tendrán una buena salud mental. Esto podría explicarse mediante lo expuesto por Arrivillaga et al. (2003), quienes señalan que los jóvenes diabéticos que participaron en su investigación, evalúan como positivo y le atribuyen importancia a compartir actividades de recreación con familia y amigos, así como también consideran que el descanso es importante para la salud y que es necesario incluir momentos de descanso en la rutina diaria, para poder tener una sensación de tranquilidad y bienestar, y de esta manera una mejor calidad de vida.

Por su parte, en el caso de las dimensiones sobre las prácticas del estilo de vida, específicamente las que no dieron significativas con calidad de vida pero sí con las variables sociodemográficas, se encontraron relaciones directas entre (a) las prácticas de recreación y manejo del tiempo libre y la variable sexo y (b) prácticas de autocuidado y cuidado médico y sexo.

El sexo explica directamente esta dimensión del estilo de vida *prácticas de recreación y manejo del tiempo libre*, señalando que los hombres diabéticos de la

presente investigación, son quienes realizan estas prácticas con mayor frecuencia en comparación con las mujeres. Esto concuerda con los resultados de Fuentes-Facundo, et al. (2004) quienes encontraron que las mujeres de su muestra, no realizan actividades de recreación.

El sexo explica directamente esta dimensión del estilo de vida *prácticas de autocuidado y cuidado médico*, indicando que las mujeres diabéticas de la presente investigación, son quienes realizan estas prácticas con mayor frecuencia en comparación con las hombres, ya que, según Madrigal et al., (2008), las mujeres tienen presente que los cuidados médicos permiten prevenir problemas de salud a futuro, sin embargo, en el caso de los hombres, estos podrían considerar que dichos cuidados generan un deterioro en la calidad de vida, por lo que se cuestionan si realmente los beneficios de cumplir con el tratamiento compensan esta disminución en su calidad de vida. Por ende, pareciera que la adopción de conductas de autocuidado está mejor explicado por variables psicológicas que por condiciones médicas.

En relación a las dimensiones sobre las creencias del estilo de vida, específicamente las que no dieron significativas con calidad de vida pero si con las variable sociodemográficas, se encontraron efectos significativos directos únicamente para la dimensión de *creencias de la condición, actividad física y deporte*. La edad explica directamente esta dimensión, es decir, los jóvenes con DM2 presentan una creencia positiva en relación a la actividad física. Por ello, los jóvenes atribuyen una mayor importancia y valoran de manera positiva el realizar actividades físicas y deportes. Estos resultados son congruentes con los obtenidos por Arrivillaga et al. (2003) en su investigación, en donde los autores exponen que los jóvenes presentan creencias a favor de la actividad física y el deporte, esto puede deberse a que la mayoría de estos jóvenes diabéticos consideran que realizar actividades físicas mejora la salud y evita enfermedades.

En resumen sobre las prácticas y creencias del estilo de vida y su relación con las dimensiones de la calidad de vida, se observa que aquellos pacientes diabéticos que realizan actividades físicas o deportes y no consumen alcohol, tabaco u otras drogas, tienen una mayor función física; los que realizan actividades físicas califican su salud como buena, mientras que aquellos que tengan una mayor ingesta de alimentos, califican su salud como mala; los que duerman entre 6 y 8 horas, tendrán una mayor vitalidad; los que tengan la creencia de que realizar actividades recreativas resulta beneficioso para la salud, realizan actividades físicas o deportivas, no consumen alcohol, tabaco u otras drogas y duermen entre 6 y 8 horas, tienen un menor dolor corporal; los que realizan actividades físicas o deportes y tienen una alta creencia de que el consumo de drogas resulta perjudicial para la salud, estos realizan sus actividades sociales sin limitaciones; los que realizan actividades físicas, están menos afectados en su trabajo y actividades diarias por problemas emocionales; aquellos que no consumen alcohol, tabaco u otras drogas, realizan una mayor actividad física o deportes, duermen entre 6 y 8 horas y tienen la creencia de que realizar actividades recreativas es beneficioso para la salud, tienen un mayor bienestar general.

Estas relaciones descritas, resultaron congruentes con lo esperado en las hipótesis planteadas en la presente investigación, donde se esperaba una relación positiva entre las prácticas y creencias del estilo de vida y la calidad de vida de los pacientes con DM2. Sin embargo, no todas se cumplieron ya que tres dimensiones de las creencias del estilo de vida no dieron significativa con ninguna de las variables propuestas en el modelo. Estas fueron las creencias de autocuidado, hábitos de alimentación y sueño.

El hecho de que estas dimensiones de creencia del estilo de vida hayan sido las que menos aportaron información para el estudio, es congruente con lo planteado por Flórez-Alarcón (2002) en su modelo de adopción de precauciones, donde explica que las personas efectivamente pueden tener la creencia de que las acciones a tomar

frente a un problema de salud produce beneficios, pero lo que no tienen es la consciencia de que podrían ser vulnerables a ese problema y por ende, postergan dichas acciones preventivas. De esta forma, ni el pensamiento, ni las creencias son necesarias para llevar a cabo una acción pro salud, sino que prevalece la indiferencia frente a las conductas saludables, incluso pueden tener actitud positiva hacia estas conductas pero les falta compromiso y motivación o no tienen autocontrol frente a las influencias sociales, ejecutando así, conductas insanas que afectan la salud, ya que no perciben el riesgo como algo cercano (Flórez-Alarcón, 2002).

En resumen cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que los pacientes diabéticos masculinos son quienes realizan mayores actividades físicas, de recreación y labores diarias sin limitaciones de salud y duermen entre 6 y 8 horas; mientras que los pacientes diabéticos femeninos realizan más comportamientos de autocuidado. En el caso de la edad, los resultados obtenidos señalan que los pacientes diabéticos de mayor edad no consumen drogas y tienen un mayor tiempo de diagnóstico de la DM2, mientras que los pacientes diabéticos de menor edad tendrán una alta creencia de que realizar actividades físicas y recreativas resulta beneficioso para la salud.

Estas relaciones son congruentes con las hipótesis planteadas en la presente investigación, ya que se esperaba que aquellos pacientes de mayor edad y del sexo masculino, presentaran una buena calidad de vida en comparación con los pacientes jóvenes y del sexo femenino.

Es importante considerar que la muestra de la presente investigación, estuvo conformada en su mayoría por mujeres y adultos mayores que asisten a centros hospitalarios, por lo que dichos resultados descritos, no son generalizables, ya que para ello, se necesitaría contrastar con un porcentaje mayor de hombres y jóvenes que no solo asistan a centros, sino que también se puedan ubicar en otros contextos.

Por su parte, la variable *tiempo de diagnóstico*, tampoco presentó relaciones significativas con la calidad de vida sino que solo se relaciona de manera directa con la edad, indicando que aquellos pacientes de mayor edad presentan a su vez un mayor tiempo de haber sido diagnosticados con DM2.

Este resultado no es congruente con las hipótesis panteadas en la presente investigación, ya que se esperaba una relación negativa entre el tiempo de diagnóstico y la calidad de vida, es decir, se esperaba que los pacientes con DM2 con un mayor tiempo de diagnóstico presentaran una mala calidad de vida. Esto puede deberse a que la edad promedio de los participantes de la presente investigación fue de 56 años y según lo planteado por García et al., (2007) la DM2 es una enfermedad cuya prevalencia es más alta en personas mayores de 40 años, por ello, resulta posible explicar que los pacientes que presentan una edad superior a los 40 años, como lo es el promedio de los pacientes de la presente investigación, tengan un mayor tiempo de diagnóstico

Finalmente, se puede apreciar que los resultados encontrados en el presente estudio, concuerdan con la mayoría de los hallazgos previos, lo que le da sustento teórico a la presente investigación, además del valor heurístico por las posibles variables que pueden ser estudiadas en futuras investigaciones en relación a la calidad de vida y la diabetes.

VI. CONCLUSIÓN

Al ser la DM2 una enfermedad crónica y la cuarta causa de muerte en Venezuela (Armada, Curcio, García y Yilich, 2011), esto genera un impacto a nivel emocional y conductual en la calidad de vida de los pacientes, ya que tienen que asumir una condición que durará toda su vida y que implicará realizar modificaciones en su comportamiento, para así sobrellevarla adecuadamente previniendo los riesgos (Castro et al., 2006).

El proceso de adaptación a la DM2 es de suma importancia, ya que, el papel activo de la persona frente a esta condición es lo que asegurará su bienestar, por ende, la calidad de vida es el resultado de las diferentes respuestas de los pacientes al padecimiento de su enfermedad, tratamiento, cuidado y a sus consecuencias (Schwartzmann, 2003). En otras palabras, la calidad de vida se ve influenciada por las diferentes creencias y prácticas del estilo de vida que lleve el paciente (Elizondo-Armendáriz et al., 2005).

Sin embargo, no todos los pacientes tienen creencias y prácticas saludables del estilo de vida, esto se debe a que cada uno adopta un comportamiento particular en favor o en contra de su salud en función de los componentes cognitivos que dirigen y mantienen su conducta, es decir, en función de sus creencias (Cabrera et al., 2001). En este sentido, una mala calidad de vida se puede deber a que la persona presenta creencias erróneas sobre dichos componentes o porque cree que no es capaz de controlar su enfermedad. Otros autores plantean que si bien es cierto que el componente cognitivo forma parte de un estilo de vida saludable, no necesariamente lo determina, es decir, el conocimiento de algo por sí solo, no es en todos los casos un indicador del cambio en el estilo de vida de la persona (Flórez-Alarcón, 2002).

Además del estilo de vida, las variables sociodemográficas sexo y edad, así como el tiempo de diagnóstico, han sido descritas como predictoras de la calidad de vida en diferentes investigaciones previas sobre la DM2, por ende, también fueron tomadas en cuenta para el presente estudio.

De esta forma, la presente investigación tuvo como propósito estudiar dichas influencias a través del modelo de ruta planteado y así verificar las relaciones directas e indirectas existentes entre la calidad de vida y la edad, el sexo, el tiempo de diagnóstico, las creencias y las prácticas del estilo de vida, en personas que padecen DM2.

En este sentido, los resultados obtenidos indicaron que los pacientes diabéticos de mayor edad, los hombres y el tener creencias y prácticas de estilo de vida saludable, se relacionan con una mejor calidad de vida. Mientras que ser joven, mujer y no tener creencias y prácticas de estilo de vida saludable, se relacionan con una peor calidad de vida.

Específicamente, en cuanto a las variables socio demográficas, los hombres diabéticos de la presente investigación son quienes se relacionan con una mejor calidad de vida en comparación con las mujeres. Esto podría explicarse debido a que las mujeres son más sensibles a los efectos negativos de no dormir, no ejercitarse ni recrearse y por ende, están afectadas por la enfermedad con mayor intensidad que los hombres (Miró et al., 2005).

Por su parte, los adultos mayores se relacionan con una mejor calidad de vida por la percepción de vulnerabilidad que se produce con el paso de los años, lo cual los hacen ser precavidos con su salud. En cambio, los pacientes diabéticos jóvenes no perciben el riesgo como algo cercano o se perciben como sujetos invulnerables y por ende ejecutan conductas insanas que afectan la salud (Flórez-Alarcón, 2002). Es por esto que en el presente estudio se encontró un bajo consumo de sustancias nocivas, ya

que la mayoría de los encuestados eran adultos mayores, sin embargo, habría que considerar la posibilidad de que algunos respondieran por deseabilidad social frente a las entrevistadoras para evitar juicios de valor.

De las dimensiones de la calidad de vida, la que mejor predice a la calidad de vida general es la dimensión función física, la cual evalúa el grado en que la salud limita las actividades físicas. De esta forma, aquellos pacientes diabéticos que realizan actividades físicas sin limitaciones de salud, presentan una mejor calidad de vida. A su vez, la dimensión del estilo de vida que mejor predice a la función física, es la práctica de condición, actividad física y deporte, es decir, realizar actividades que impliquen una inversión de energía, es imprescindible para mantener en condiciones favorables la calidad de vida del paciente diabético.

En cuanto al resto de las dimensiones de calidad de vida, se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados realizan sus actividades diarias sin limitaciones, no presentan dolor corporal, evalúan su salud personal como excelente según la escala de respuesta del instrumento, tienen un nivel medio de energía, realizan sus actividades sociales sin limitaciones, realizan sus actividades diarias sin limitaciones de tipo emocional y tienen una sensación general de bienestar.

De igual modo, en relación a las dimensiones de las prácticas del estilo de vida, se encontró que la mayoría de los pacientes diabéticos que participaron en la presente investigación, realizan pocas actividades físicas, tienen una ingesta saludable de alimentos, no consumen alcohol, tabaco u otras drogas y duermen saludablemente.

En relación a las dimensiones de creencias del estilo de vida, se encontró que la mayoría de los pacientes diabéticos tienen una alta creencia de que realizar actividades de recreación es favorable para la salud y asimismo, se encontró que tienen una muy alta creencia que consumir alcohol, tabaco y otras drogas es perjudicial para la salud.

Por su parte, en cuanto al tiempo de diagnóstico, las prácticas de recreación y manejo del tiempo libre, prácticas de autocuidado y cuidado médico y creencias sobre la condición, actividad física y deporte, no se encontraron relaciones directas ni significativas con la calidad de vida, sin embargo, estas fueron predichas por las variables sociodemográficas sexo y edad.

En este sentido, la variable tiempo de diagnóstico y las creencias sobre la condición actividad física y deporte, se relacionaron directamente con la edad, por lo que los pacientes de la presente investigación de mayor edad, son quienes tienen la creencias de que hacer ejercicio beneficia su salud y son quienes presentan un mayor tiempo de haber sido diagnosticados con DM2, en comparación con los jóvenes diabéticos.

La práctica de recreación manejo del tiempo libre y la práctica de autocuidado y cuidado médico, se relacionaron directamente con el sexo, por ende, los hombres de la presente investigación son quienes realizan mayores actividades de recreación, pero las mujeres son quienes realizan con mayor frecuencia las prácticas de autocuidado y cuidado médico, de esta manera, pareciera que la adopción o no de conductas de autocuidado está más influenciado por variables psicológicas que por condiciones médicas como tal.

Estas relaciones permiten verificar que, tal y como se esperaba en las hipótesis planteadas, las variables sociodemográficas sexo y edad aportaron gran parte de la información para el estudio, ya que se relacionaron tanto directa como indirectamente con todas las dimensiones de calidad de vida, existiendo solo dos dimensiones del estilo de vida con las que no se relacionaron, siendo estas las prácticas de la alimentación y creencias sobre el consumo de drogas.

En cambio, las dimensiones de creencias el estilo de vida, fueron quienes

menos se relacionaron con las variables propuestas, ya que posiblemente, el pensamiento de la mayoría de los encuestados no es consciente de los problemas de salud y se vuelven indiferentes a la vulnerabilidad de padecer los riesgos (Flórez-Alarcón, 2002).

De esta forma, se puede considerar esta investigación como pionera por estudiar en conjunto la relación entre las prácticas y las creencias del estilo de vida sobre la calidad de vida del paciente diabético. Además, tras observar el diagrama de ruta obtenido, se confirma el estudio de la calidad de vida en pacientes con DM2 como un constructo complejo, debido a las diferentes dimensiones que abarca y por las múltiples consideraciones que implica padecer una enfermedad crónica.

VII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La batería de instrumentos empleada resultó de gran longitud, lo que generó rechazo por parte de los participantes, poca disposición a participar en la investigación y fatiga al culminar. Por ello, se recomienda realizar una reducción de los ítems mediante un estudio psicométrico de los instrumentos y eliminar los ítems en cuanto a las creencias del estilo de vida, ya que como se dijo, aportaron poca información al estudio. Asimismo, se recomienda eliminar las dimensiones del estilo de vida en relación a las creencias, ya que fueron las dimensiones que menos aportaron al estudio.

Debido a la longitud del instrumento, el analfabetismo de muchos de los participantes y la presencia de elevado porcentaje de pacientes mayores de 60 años, los instrumentos fueron administrados en su mayoría, personalmente por las tesisistas. Además, en algunos casos, los pacientes presentaban problemas en la vista asociados a la misma condición de diabetes, por lo que se les dificultaba leer la encuesta por si solos, implicando una administración obligatoriamente personal. A su vez, es probable que dicha administración personal generara respuestas por deseabilidad social en los participantes. De esta forma, se recomienda usar el nivel educativo como variable a controlar, con el fin de reducir el tiempo de administración invertido en cada participante. Asimismo, se recomienda utilizar simultáneamente, las dos modalidades de administración de los instrumentos, tanto personal para estos casos donde al paciente se le dificulte la lectura, como digital, ya que permite reducir los costos de la investigación y se limitan las omisiones de ítems.

Al tratarse de una muestra mayormente conformada por mujeres, se recomienda para futuras investigaciones elaborar un diseño por balanceo que permita comparar con un mayor nivel de seguridad los resultados obtenidos entre hombres y mujeres

Por otro lado, en cuanto al tiempo de diagnóstico, se encontró que la mayoría de los pacientes no recuerdan la fecha en que fueron diagnosticados, por lo que esta variable presentó dificultades para ser evaluada con exactitud, ya que la mayoría o no respondía, o respondía dando un aproximado del tiempo.

Otra limitación importante, fue la dificultad para ubicar la muestra. Por un lado, el hecho de que la mayoría se encontraba en centros hospitalarios, implicó que estuvieran en salas de espera para ser atendidos, por ende, al momento de su turno, se interrumpía la administración de la prueba. Por otro lado, el rango de edad obtenido se inclinó en su mayoría hacia adultos mayores, lo cual podría indicar que los diabéticos jóvenes o no están diagnosticados o no están asistiendo a centros hospitalarios para atender su enfermedad, lo que genera dificultad para estudiar esta población en particular. Frente a esto, se recomienda diseñar una estrategia para ubicar a esta población y así poder estudiar con mayor precisión la variable edad.

Se recomienda que en estudios posteriores sobre estilo y calidad de vida en pacientes diabéticos, se amplie la bibliografía incluyendo investigaciones actualizadas y llevadas a cabo en Venezuela. Además, emplear un instrumento de medición que sea específico para la calidad de vida en pacientes diabéticos sean incluidas variables como la presencia de otras enfermedades, debido a que muchas de las respuestas dadas por los encuestados, estaban influidas por presentar otras enfermedades que también afectaban su calidad de vida. Otra variable a incluir es el grado de conocimiento de la enfermedad, ya que muchas de las personas encuestadas asistían a centros informativos y esto quizás pueda tener alguna relación con la modificación de conductas pro salud. Por último, la variable estrés, podría tener alguna relación con la calidad de vida en caso que la persona esté atravesando una situación estresante para el momento de ser encuestado.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta-González, M., Debs-Pérez, G., De la Noval-García, R. & Dueñas-Herrera, A. (2005). Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionado con su adherencia terapéutica. *Revista Cubana Enfermer*, 21(3), 1-8. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192005000300008&script=sci_arttext&tlng=en
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. (1995). La versión española del sf-36 Health Survery (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Universidad Autónoma de Barcelona*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>
- American Psychological Association. (2013). *Psychology Health*. Recuperado de: <http://www.apa.org/about/division/div38.aspx>
- American Diabetes Association (2005). *All about diabetes*. Recuperado de: <http://www.diabetes.org/>
- Andrade, E., Padilla, N. & Ruiz, M. L. (2013). Barreras percibidas y nivel de actividad física en adultos mayores de Aguascalientes: Un estudio transversal. *Enfermería global*, 12(31) Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300003&lng=es&nrm=iso

Arias, F.G., (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. (5ta ed) Caracas, Venezuela: Episteme.

Armada, F., Curcio, P., García, J. & Yilich, L., (2011). Anuario de mortalidad 2011. Ministerio del poder popular para la salud, Caracas, Venezuela. Recuperado de: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=11:anuarios-de-mortalidad&Itemid=915

Árraga, M & Sánchez, M. (2007). Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio comparativo. Facultad de Humanidades y Educación. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Arrivillaga, M., Salazar, I.C. & Correa, D. (2003) Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195. Recuperado de: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewArticle/273>

Avanbakht, M., Abolhasani, F., Mashayekhi, A., Baradaran, H.R., & Jahangiri, Y. (2012). Health related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in Iran: A National Survey. *Plos One*, 8(7), 1-9. Recuperado de: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0044526> DOI: 10.1371/journal.pone.0044526

Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J.R., Abanades, J.C., García, N., & Valero, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad

de vida en mayores de 65 años. *Revista Española Salud Pública*, 76, 683-699.
Recuperado de: <http://www.elsevier.es/locate/S092464600562511>

Balcázar-Nava, P., Gurrola-Peña, G.M., Bonilla-Muñoz, M.P., Colín-Garatachía, H.G. & Esquivel-Santoveña, E.E. (2009). Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 6, 147-158. Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Esteban_Esquivel-Santoveña/publication/257022309_105-388-1-PB/links/0deec52433fb670a5a000000.pdf

Barrantes, M. (2010). Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. *Revista Médica*, 21, 118-127. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2010000300003&script=sci_arttext

Barriopedro, M.I., Eraña, I. & Mallo, L.L. (2001). Relación de la actividad física con la depresión y la satisfacción con la vida en la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*, 10(2), 239-246. Recuperado de: <http://www.cesga.es/revistas/psicologia-del-deporte/102/239-246.pdf>

Blasco, T., Capdevila, L., Pintanel, M., Valiente, L., & Cruz, J.m (2003). Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología del Deporte*, 9, 51-63. Recuperado de: <http://ddd.uab.cat/record/63608>

Bono, R., Arnau, J. & Vallejo, G. (2008). Técnicas de análisis aplicadas a datos longitudinales en psicología y ciencias de la salud: Período 1985 – 2005. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 136-146. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1545.pdf>

Brannon, L. y Feist, J. (2000). *Psicología de la Salud* (1era ed.). Madrid, España:

Paraninfo.

Cabrera, G., Tascón, J. & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructo y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19(1), 91-101. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019107>

Cáceres, D., Salazar, I., Valera, M. & Tovar, J., (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Psychol Bogotá*, 5(3), 521-534. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=s1657-92672006000300008&script=sci_arttext&tlng=es

Cano, J. (2004). *Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en atención primaria* (1era ed.). Madrid: Harcourt.

Cañoto, Y., Peña, G., & Yaber, G. (2011). *Tópicos en psicología de la salud*. Caracas: Publicaciones UCAB.

Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. & Canales, C., (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 14(2), 3-15. Recuperado de: <http://kunkaak.psicom.uson.mx/rsp/14-1-3-15.pdf>

Carver, C.S. & Antoni, M.H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598. DOI: 10.1037/0278-6133.23.6.595

Castillo-Guzmán, G., Arocha-Meriño, C., Armas-Rojas, N., Castillo-Arocha, I., Cueto-Cañabate, M. & Herrera-Giró, M. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 24(3). Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000300003

Castro G., Rodríguez I. & Ramos R. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Duazary*,(2), 147-150. Recuperado de: [file:///C:/Users/Evelyn/Downloads/301-679-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Evelyn/Downloads/301-679-1-PB%20(1).pdf)

Cid, P., Merino, J.M. & Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica*, 134, 1491-1499. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200001

Cordova, M.J., Cunningham, L.L., Carlson, C.R. & Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparaslon study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185. Recuperado de: <http>

Costa-Requena, G. & Gil, F. (2007). Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. *Psico-Oncologia*, 33, 229-250. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5843/Crecimiento_postr_aumatico_en_pacientes_oncologicos.pdf?sequence=2

Cuadrado, I., Gaviria, E., Morales, J., y Moya, M. (2007). *Psicología Social* (3era ed.). Madrid: McGraw Hill

Cunha, M. (2008). Calidad de vida y diabetes: Variables psico-sociales. Instituto politécnico de Viseu. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.19/380>

De los Ríos, J.L., Castillo, J.J., Sánchez Sosa, P., Barrios, S. & Guerrero Sustaita, V.

(2003). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Medigraphic*, 42(2), 109-116. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2005/hg053d.pdf>

Delgado-Quiroz, M., Quincha-Barzallo, M. y Méndez Suarez, M. (2003). Valoración de la calidad de vida mediante la aplicación del test SF-36 en pacientes de la fundación de psoriasis de la ciudad de Quito. *Dermatología peruana*, 13(3), 172 – 184. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v13_n3/pdf/a03.pdf

Durán L. (1990). *Sociocultural en la prevención y control de displasia cervical*. Tesis de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N. L. Recuperado de: http://www.unl.edu.mx/revistas/dermatologia/v13_n3/pdf/a03.pdf

Elizondo-Armendáriz, J.J., Guillén-Grima, F & Aguinaga-Ontoso, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Rev Esp Salud Pública*, 79(5), 559-567. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272005000500006&script=sci_arttext&tlng=pt

Fernández, K., García, D., Sidelnikow, B., Silva, K., & Suárez, F. (2010). Calidad de vida, hemoglobina glicosilada A1c y otros factores contribuyentes, en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2: Consulta de medicina integral ambulatorio urbano tipo 1 ‘‘Los Rastrojos’’ Cabudare. Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado. Decanato de ciencias de la salud.

Fernández, J.J, González-Portilla, M.P., Saiz-Martínez, P.A., Gutiérrez-Cienfuegos,

- E. & Bobes-García, J., (1999). Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*, 11(1), 43-52. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/files/fernandez%20miranda.pdf>
- Flórez-Alarcón, L. (2002). El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XI(1), 23-33. Recuperado de http://www.docentes.unal.edu.co/lefloreza/docs/florez_PAP_revista%20argentina_promosalud
- Franch-Nadal, J., Álvarez-Torices, J.C., Álvarez-Guisasola, F. Domínguez, F.D., Hernández-Mejía, R. & Cueto-Espinar, A. (1992). Epidemiología de la diabetes mellitus en la provincia de León. *Medic Clinic*, 98, 607-611. Recuperado de: <http://lbe.uab.es/vm/sp/old/docs/tipos-estudios/transversal-diabetes.pdf>
- Fuentes-Facundo, L.A., Lara-Loya, M., & Rangel-Vega, G., (2004). Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2. *Revista Enferm IMSS*, 12(2), 79 – 82. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042e.pdf>
- García, I., Merino, B. & Silva, J. (1998). *Glosario de promoción de la salud*. Ginebra: Recuperado de: http://www.seguroscaracas.com/paginas/biblioteca_digital/PDF/Glosarios/saludlabglosarisobrepromociondelasalud.pdf
- García, F., Solís, J., Calderón, J., Luque, E., Neyra, L., Manrique, H., Cancino, R., Castillo, O., Cornejo, S., Rodríguez, E., Freundt, J., Escudero, R. & Zacarías,

E. (2007). Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. *Rev Soc Perú Med Interna*, 20(3), 90-94. Recuperado de: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v20n3/pdf/a02v20n3.pdf>

García, R. & Suárez, R. (2007). La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de la salud. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(1), Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100005

García, R., Suárez, R. & Peralta, V. (1996). Diagnóstico educativo sobre la enfermedad en pacientes diabéticos de la tercera edad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 7(1), Recuperado de: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol7_1_96/end06196.htm?iframe=true&w](http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol7_1_96/end06196.htm?iframe=true&width=95%&height=95%)
[idth=95%&height=95%](http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol7_1_96/end06196.htm?iframe=true&width=95%&height=95%)

González-Pedraza Avilés, A., Alvara-Solís, E.P., Martínez-Vázquez, R. & Ponce-Rosas, R.E. (2007). Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica. *Medigraphic Artemisa*, 143(6), 453-462. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm076a.pdf>

Gonzalo, E; Pasarín, M.I. (2004). Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España. La salud de las personas mayores. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Barcelona. España.

- Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. 1-4. Recuperado de: http://www.iupuebla.com/Maestrias/M_E_GENERO/MA_Maestria_Genero/Jose_Miguel_Velez/Tipos%20de%20investigacion.pdf
- Guillen, F; Castro, J. J. & Guillén, M.A (2003). Actividad física calidad de vida, salud y ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. C.S. de Formación del Profesorado de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Hervás, A., Zabaleta, A., De Miguel, G., Beldarrain, O. & Díez, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30 (1), 45-52. Recuperado de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/2112/1540>
- Hogg, M.A. & Vaughan, G.M. (2008). *Psicología social* (5ta ed.). Madrid, España: Panamericana.
- Janz, N; & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade late. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. Recuperado de: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66877/10.1177?sequence=2>
- Jaarsma, T.A, Pool, G. Sanderman, R. & Ranchor, A.V. (2006). Psychometric properties of the dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-oncology*, 15(10), 911-920. Recuperado de: file:///C:/Users/Evelyn/Downloads/Jaarsma_2006_Psycho_Oncol.pdf

- Javanbakht M, Abolhasani F, Mashayekhi A, Baradaran HR, Jahangirinoudeh Y (2012). Health Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Iran: A National Survey. *University of Hull, United Kingdom*. 7(8),doi:10.1371.
- Jenaro, C., Verdugo, M.A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y., Otrebski, W. & Schalock, R.L. (2006). Estudio transcultural de las dimensiones e indicadores de calidad de vida centrada en la persona: una replicación. *Revista española*, 37(2), 27-34. Recuperado de: http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc_download/242-estudio-transcultural-de-las-dimensiones-e-indicadores-de-calidad-de-vida-centradas-en-la-persona-una-replicacion.html.
- Kalda, R., Rätsep, A., & Lember, M. (2008). Predictors of quality of life of patients with type 2 diabetes. Department of Family Medicine. University of Tartu: Estonia. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770386/pdf/ppa-2-21.pdf>
- Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ta ed.). México D.F, México: Mc Graw Hill.
- Lacruz-Colmenárez, S. (2012). Estilos de vida y salud mental en estudiantes de psicología. Trabajo de Grado en Psicología. Universidad Cent occidental Lisando Alvarado, Barquisimeto, Recuperado de: <http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGR7265L322012.pdf>

- Lago J. (2005). Prescripción de programas de ejercicio para adultos mayores en gimnasios. *Revista Digital*, 10(85). Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd81/fitness.htm>
- Lechner, S.C., Carver, C.S., Antoni, M.H., Weaver, K.E., & Phillips, K.M. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 828-840. DOI: 10.1037/0022-006X.74.5.828
- Lema-Soto, L.F., Salazar-Torres, I.C., Varela-Arévalo, M.T., Tamayo-Cardona, J.A., Rubio-Sarria, A. & Botero-Polanco, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-88. Recuperado de: <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/viewFile/106/315>
- Limón, L. (2002). *Beneficios y barreras percibidas por el adulto con diabetes tipo 2 hacia el ejercicio*. Tesis de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N. L. Recuperado de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080116249.PDF>
- López-Carmona, J.M., Ariza-Andraca, C.R., Rodríguez-Moctezuma, J.R. & Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México* 45, 259-268. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf>
- López-Fontana, C.M., Martínez-González, M.A. & Martínez, J.A. (2003). Obesidad,

metabolismo energético y medida de la actividad física. *Res Esp Obe*, 1(1), 29-36. Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Miguel_Martinez-Gonzalez/publication/255622899_Obesidad_metabolismo_energetico_y_medida_de_la_actividad_fisica/links/53d0ed2b0cf2fd75bc5d52f2.pdf

Llor, B.; Godoy, C. & Nieto, J. (1993). Aspectos teóricos en conducta de enfermedad. *Anales de Psiquiatría*, 9, 140-145.

Madrigal, J. A. (2010). Beneficios en la calidad de vida de mujeres entre los 50 y los 81 años de edad al participar en un programa de recreación física grupal. *Educación*, 34(2), 111-132. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015704007>

Madrigal, M., Velandrino, A. & Ruzafa, M., (2008). *Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud*. Capítulo 17, 467 – 578. Recuperado de: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf

Marshall, H., Lois, A., Maiman-Janz, N. & Becker, M. (1984). The health belief model applied to understanding diabetes regimen compliance. *The Diabetes Educator*. 41-47. Recuperado de: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/68410/10.1177_014572178501?sequence=2

Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Rev. De Psicol. Gral. y Aplic*, 48(1), 185-206.

Mediavilla-Bravo, J.J. (2009). Diabetes tipo 2. *El médico*, 01-29.

Mena-Martín, F.J., Martín-Escudero, J.C., Simal-Blanco, F., Bellido-Casado, J &

- Carretero-Ares, J.L. (2006). Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: Resultados del Estudio Hortega. *Anales de Medicina Interna* 23(8), 357-360. Recuperado de: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18208717>
- Miró, E., Cano-Lozano, M.C. & Buela-Casal, C., (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, 14, 11-27. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3245867>
- Molina-García, J., Castillo, I & Pablos, C., (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. *European Journal of Human Movement*, 18, 79-91. Recuperado de: Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios.
- Monteagudo-Piqueras, O., Hernando-Arizaleta, L. y Palomar-Rodríguez, J. (2008). Calidad de vida y salud: diabetes mellitus. *Boletín epidemiológico de Murcia*, 700(29), 1 – 4. Recuperado de: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/122956-enero_2008.pdf
- Moreno, E. & Gil, J. (2003). El Modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>
- Oblitas, L.A. (2010). *Apoyo social y diabetes: En Psicología de la salud y calidad de vida* (3ra ed.). México, D.F: CengageLearning.
- Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la Salud, (2012). 28ava Conferencia sanitaria panamericana y 64ava sesión del comité regional.

Washington, D.C.: EUA. Recuperado de:
www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18678&itemid=270&lang=es

Otero, L.M., Zanetti, M.L. & De Sousa-Teixeira, C.R. (2007). *Características sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud*. (Trabajo de Grado de Licenciatura publicado). Universidad de São Paulo. Escuela de Enfermería. Recuperado de:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/es_08.pdf

Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E., Martínez, Y. & Cano, R., (2004). Aspectos psicológicos y personales en el manejo de la diabetes mellitus. *Scielo*, 23(1), 1 - 8. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Valmore_Bermudez/publication/233967172_Aspectos_Psicologicos_y_Personales_en_el_manejo_de_la_Diabetes_Mellitus/links/0912f50d7a3316529c000000.pdf

Portilla, L., Romero, M.I. & Román, J. (1991). El paciente diabético, aspectos psicológicos de su manejo. *Revista Latinoamericana en Psicología*, 23, 199-205. Recuperado de: <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/5451156.pdf>

Ramírez, F., Durón, R., Rivera, M., & Aguilar, M. (2002). Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y diálisis. Una experiencia en Honduras. *Revista Médica Honduras*, 70:3-8. Recuperado de:
<http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/2002/pdf/Vol70-1-2002-2.pdf>

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. (1era ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: Un enfoque*

conductual (1era ed.). México, D.F: Manual Moderno.

Robles-García, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J.J., Páez-Agraz, F. & Sánchez, H.N. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: Propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 15(2), 247-252. Recuperado de: <http://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/viewFile/8115/7979>

Rodríguez-Vidal, M., Merino-Escobar, M. & Castro-Salas, M. (2009). Valoración psicométrica de los componentes físicos y mentales del SF-36 en pacientes insuficientes renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis. *Ciencia y Enfermería* XV, (1), 75-88. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art09.pdf>.

Rondón-Bernard, J.E. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la Diabetes Mellitus: Aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 126-162. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi112h.pdf>

Romero-Massa, E., Acosta-Ospino, S., Carmona-Castilla, I., Jaimes-Sarmiento, A., Masco-Mier, M.M., Áez-Góngora, A., et al. (2010). Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 190-198. Recuperado de: <file:///C:/Users/Evelyn/Downloads/9-17-1-SM.pdf>

Romero-Márquez, R.S., Díaz-Veja, G., & Romero-Zepeda, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Médica*, 49(2), 125-136. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=37551>

Rosenstock I. (1966). Modelo de Creencias de Salud. Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan.

Rosenstock, I. (1974). Historical orings of the health belief model. *Health Education Monographs*. 2, 328-335. Recuperado de: <http://heb.sagepub.com/content/2/4/328.extract>

Sánchez-Núñez, M.T., Fernández-Berrocal, P., Montañés-Rodríguez, J. & Latorre-Postigo, J.M., (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 455-474. Recuperado de: http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/15/espanol/Art_15_253.pdf

Sanabria-Ferrand, P.A., González, L.A. & Urrego, Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. *Revista Médica*, 15(2), 207-217. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/910/91015208.pdf>

Sierra-Bravo, R. (1981). *Análisis estadístico y modelos matemáticos*. Capítulo 14, Análisis de senderos, 285-314. Madrid: Paraninfo.

Svetlana, J. (2010). *Calidad de vida y su relación con el nivel de riesgo cardiovascular en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, del club de diabéticos del centro de salud Chimbaalle del área 4 de la Provincia de Pichincha, ministerio de salud pública- Ecuador* (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad de San Francisco de Quito. Colegio de Postgrado.

- Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino C., Porley, G. & Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista Médica del Uruguay*. 15, (2), 103-109. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=270285&indexSearch=ID>
- Thommasen, H.V. & Zhang, M. (2006). Health-related quality of life and type 2 diabetes: A study of people living in the Bella Coola Valley. *BC Medical Journal*, 48(6), 272-278. Recuperado de: <http://www.bcmj.org/article/health-related-quality-life-and-type-2-diabetes-study-people-living-bella-coola-valley>
- Triviño, L.P., Dosman, V.A., Uribe, Y.L. & Agredo, R. (2009). Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. *Acta Médica Colombiana*, 34(4), 158-163. Recuperado de: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v34n4a2.pdf>
- Vargas-Oreamuno, S. (2010). Los estilos de vida en la salud: La salud pública en Costa Rica. 101-124. Recuperado de: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/06%20Los%20estilos.pdf>
- Urzúa, A. (2010) Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017
- Vicente, R. (1993). Creencias de salud materna relacionados con la conducta preventiva en diarrea infantil. Tesis de maestría en enfermería con especialidad en materno infantil: pediatría, UANL Monterrey.

- Vilagut, G., Ferrera, M., Rajmilb, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, et al. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Barcelona, España, 135-50. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>
- Vinaccia, S. & Orozco, L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *ISSN*, 1(2), 125-137. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a02.pdf>
- Vinaccia, S., Escobar, O., Andrade, E., Contreras, F., & Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Colombia, Bogotá. *Suma Psicológica*, 13(1), 15-31. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812006000100003&lng=pt&tlng=es.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483. Recuperado de: http://works.bepress.com/john_ware/196/
- Zaragoza, J. & Luglie-Rivero, Z. (2009). Construcción y validación del instrumento Calidad de vida en pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas, resultados preliminares. *Elsevier*, 45(2), 81-86. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1579212909707797>
- Zúniga, M.A., Carrillo-Jiménez, G.T., Fos, P.J., Gandek, B. & Medina-Moreno, M.R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex*, 41, 110-118. Recuperado de: <http://www.chime.ucla.edu/documents/docs/SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf>.

ANEXO A

**Cuestionario de Salud (SF-36) para la medición de la calidad de vida
(Ware y Sherbourne, 1992).**

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

GRACIAS por contestar estas preguntas.

Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente	1.En general, usted diría que su salud es:

Mucho peor	Algo peor	Más o menos igual	Algo mejor	Mucho mejor	2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

			3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?
No, no me limita	Sí, me limita poco	Sí, me limita mucho	
			3.1 Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.
			3.2 Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.

			3.3 Coger o llevar la bolsa de la compra.
			3.4 Subir varios pisos por la escalera.
			3.5 Subir un sólo piso por la escalera.
			3.6 Agacharse o arrodillarse.
			3.7 Caminar un kilómetro o más
			3.8 Caminar varios centenares de metros.
			3.9 Caminar unos 100 metros.
			3.10 Bañarse o vestirse por sí mismo.

					4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
Nunca	Sólo alguna vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	
					4.1 ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?
					4.2 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
					4.3 ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
					4.4 ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas?
					5. Durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas
Nunca	Sólo	Algunas	Casi	Siempre	

	alguna vez	veces	siempre		
					5.1 ¿Se sintió lleno de vitalidad?
					5.2 ¿Estuvo muy nervioso?
					5.3 ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
					5.4 ¿Se sintió calmado y tranquilo?
					5.5 ¿Tuvo mucha energía?
					5.6 ¿Se sintió desanimado y deprimido?
					5.7 ¿Se sintió agotado?
					5.8 ¿Se sintió feliz?
					5.9 ¿Se sintió cansado?
					6. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
Nunca	Solo algunas vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	

					7. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
Mucho	Bastante	Regular	Un poco	Nada	

Si, muchísimo	Sí, mucho	Si, un poco	Si, muy poco	No, ninguno	8. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

Mucho	Bastante	Regular	Un poco	Nada	9. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

					10. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:
Totalmente falsa	Bastante falsa	No lo sé	Bastante cierta	Totalment e cierta	
					10.1 Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
					10.2 Estoy tan sano como cualquiera
					10.3 Creo que mi salud va a empeorar
					10.4 Mi salud es excelente

ANEXO B

**Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga,
Salazar y Gómez, 2003).**

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una "x" la casilla que mejor describa su comportamiento. Conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

PRÁCTICAS

Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE
				1 Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte
				2 Termina el día con vitalidad y sin cansancio
				3 Mantiene el peso corporal estable
				4 Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco
				5 Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo
				6 Participa en programas o actividades de ejercicio físico
				RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE
				7 Practica actividades físicas de recreación
				8 Incluye momentos de descanso en su rutina diaria
				9 Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre
				10 En su tiempo libre realiza actividades de recreación
				11 Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales
				AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO
				12 Va al odontólogo por lo menos una

				vez al año
				13 Va al médico por lo menos una vez al año
				14 Cuando se expone al sol, usa protectores solares
				15 Evita las exposiciones prolongadas al sol
				16 Chequea al menos una vez al año su presión arterial
				17 Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento
				18 Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año
				19 Se automedica y/o acude al farmacéuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales
				20 Consume medicinas sin prescripción médica(anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)
				21 Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos
				22 PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes
				23 PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente
				24 PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes
				25 PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente
				26 Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea,

				nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas
				27 Maneja bajo efectos de licor u otras drogas
				28 Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas
				29 Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor
				30 Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad
				31 Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc.) que hay en la Universidad
				32 PARA LOS COLABORADORES: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo
				HÁBITOS ALIMENTICIOS
				33 Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?
				34 Añade sal a las comidas en la mesa?
				35 Añade azúcar a las bebidas en la mesa?
				36 Consume más de cuatro gaseosas en la semana?
				37 Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?
				38 Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?
				39 Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes

				grasosas, mayonesas y salsas en general)?
				40 Come pescado y pollo, más que carnes rojas?
				41. Consume golosinas?
				42 Come carne más de cuatro veces a la semana?
				43 Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?
				44 Consume productos ahumados?
				45 Mantiene un horario regular en las comidas?

CREENCIAS

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
				ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE
				70. La actividad física ayuda a mejorar la salud
				71. Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades
				72. El ejercicio siempre puede esperar
				73. Con el ejercicio mejora el estado de ánimo
				74. Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud
				RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE
				75. Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos

				76. El trabajo es lo más importante en la vida
				77. La recreación es para los que no tienen mucho trabajo
				78. El descanso es importante para la salud
				AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO
				79. Cada persona es responsable de su salud
				80. Es mejor prevenir que curar
				81. Solo cuando se está enfermo, se debe ir al médico
				82. Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud de comportamiento
				84. Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino
				85. La relajación no sirve para nada
				86. Es difícil cambiar comportamientos no saludables
				87. Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione
				88. Los productos naturales no causan daño al organismo
				89. En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad
				90. Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno
				91. En la vida hay que

				probarlo todo para morir contento
				HÁBITOS ALIMENTICIOS
				92. Entre más flaco más sano
				93. Lo más importante es la figura
				94. Comer cerdo es dañino para la salud
				95. Entre más grasosa la comida más sabrosa
				96. El agua es importante para la salud
				97. Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo
				98. Las dietas son lo mejor para bajar de peso
				CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS
				99. Dejar de fumar es cuestión de voluntad
				100. Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud
				101. Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad
				102. Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie
				103. Tomar trago es menos dañino que consumir drogas
				104. El licor es dañino para la salud
				105. Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie
				106. Se disfruta más una

				rumba si se consume licor o drogas
				107. Nada como una coca-cola con hielo para quitar la sed
				108. El café le permite a la gente estar despierta
				109. Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo
				SUEÑO
				110. Dormir bien, alarga la vida
				111. La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria
				112. Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien
				113. Solo puede dormir bien en su propia cama
				114. Solo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)
				115. Si toma café o coca-cola después de las 6 p.m. no puede dormir
				116. Dormir mucho da anemia

ANEXO C

Batería de instrumentos administrados

Edad:	Sexo: F M	Año en que fue diagnosticado	Hemoglobina glicosilada:
Talla:	Peso:	Glicemia en ayunas:	Glicemia post prandial:
Por favor conteste las siguientes preguntas. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, sus opciones de respuesta y marque con una X la casilla que mejor describa su respuesta.			

1 = Mala, 2= Regular 3 = Buena, 4= Muy buena y 5 = Excelente

	1	2	3	4	5
1. En general, usted diría que su salud es:					

1 = Mucho peor, 2= Algo peor, 3 = Igual, 4= Algo mejor y 5= Mucho mejor

	1	2	3	4	5
2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:					

1 = No me limita, 2= Me limita poco y 3= Me limita mucho

	1	2	3
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?			
3.1 Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.			
3.2 Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.			
3.3 Coger o llevar la bolsa de la compra.			
3.4 Subir varios pisos por la escalera.			
3.5 Subir un sólo piso por la escalera.			
3.6 Agacharse o arrodillarse.			
3.7 Caminar un kilómetro o más			
3.8 Caminar varios centenares de metros.			
3.9 Caminar unos 100 metros.			
3.10 Bañarse o vestirse por sí mismo.			

1 = Nunca, 2 = Sólo algunas veces, 3= Algunas veces, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre

	1	2	3	4	5
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					
4.1 ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?					
4.2 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?					
4.3 ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					
4.4 ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas ?					
5. Durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas					
5.1 ¿Se sintió lleno de vitalidad?					
5.2 ¿Estuvo muy nervioso?					
5.3 ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?					

5.4 ¿Se sintió calmado y tranquilo?					
5.5 ¿Tuvo mucha energía?					
5.6 ¿Se sintió desanimado y deprimido?					
5.7 ¿Se sintió agotado?					
5.8 ¿Se sintió feliz?					
5.9 ¿Se sintió cansado?					
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales.					
6.1 ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
6.2 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?					
6.3 ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?					

1 = Mucho, 2= Bastante, 3 = Regular, 4= Un poco y 5= Nada

	1	2	3	4	5
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?					
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual ?					

1 = Muchísimo, 2 = Mucho, 3 = Un poco, 4 = Muy poco y 5 = Ninguno

	1	2	3	4	5
9. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?					

1 = Totalmente falsa, 2 = Bastante falsa, 3 =No lo sé, 4 = Bastante cierta y 5 = Totalmente cierta

	1	2	3	4	5
10.1 Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
10.2 Estoy tan sano como cualquiera					
10.3 Creo que mi salud va a empeorar					
10.4 Mi salud es excelente					

1 = Nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Frecuentemente y 4 = Siempre

	1	2	3	4
1 Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2 Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3 Mantiene el peso corporal estable				
4 Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardíaco				
5 Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo				
6 Participa en programas o actividades de ejercicio físico				
7 Practica actividades físicas de recreación				
8 Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9 Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10 En su tiempo libre realiza actividades de recreación				

11 Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				
12 Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13 Va al médico por lo menos una vez al año				
14 Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
15 Evita las exposiciones prolongadas al sol				
16 Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17 Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18 Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				
19 Se automedica y/o acude al farmacéuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20 Consume medicinas sin prescripción médica(anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
21 Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22 PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
23 PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
24 PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
25 PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26 Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27 Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
28 Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
29 Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
30 Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
31 Atiende las señales de seguridad que hay en la ciudad				

1 = Nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Frecuentemente y 4 = Siempre

	1	2	3	4
32 PARA LOS COLABORADORES: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo				
33 Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
34 Añade sal a las comidas en la mesa?				
35 Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
36 Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
37 Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
38 Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				
39 Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
40 Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
41 Come golosinas o chucherías?				
42 Come carne más de cuatro veces a la semana?				
43 Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
44 Consume productos ahumados?				
45 Mantiene un horario regular en las comidas?				
46 Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				

47 Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
48 Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorante y preservativos?)				
49 Consume comidas rápidas (Pizza, hamburguesas, perro caliente)?				
50 PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo o tabaco?				
51 PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?				
52 PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?				
53 Consume lico al menos dos veces en la semana?				
54 Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?				
55 Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas?				
56 Consume drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís, entre otras)?				
57 Dice "no" a todo tipo de drogas?				
58 Consume más de dos tazas de café al día?				
59 Consume más de tres coca-colas en la semana?				
60 Duerme al menos 7 horas diarias?				
61 Se traspasa?				
62 Duerme bien y se levanta descansado?				
63 Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
64 Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
65 Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
66 Hace siesta?				
67 Se mantiene con sueño durante el día?				
68 Utiliza pastillas para dormir?				
69 Respeta sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. No se traspasa previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)?				

1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo y 4 = Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4
70. La actividad física ayuda a mejorar la salud				
71. Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
72. El ejercicio siempre puede esperar				
73. Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				
74. Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				
75. Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
76. El trabajo es lo más importante en la vida				
77. La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
78. El descanso es importante para la salud				
79. Cada persona es responsable de su salud				

1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo y 4 = Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4
80. Es mejor prevenir que curar				
81. Solo cuando se está enfermo, se debe ir al médico				
82. Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud de comportamiento				
83. El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento				
84. Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino				
85. La relajación no sirve para nada				
86. Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
87. Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione				

88. Los productos naturales no causan daño al organismo				
89. En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad				
90. Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno				
91. En la vida hay que probarlo todo para morir contento				
92. Entre más flaco más sano				
93. Lo más importante es la figura				
94. Comer cerdo es dañino para la salud				
95. Entre más grasosa la comida más sabrosa				
96. El agua es importante para la salud				
97. Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
98. Las dietas son lo mejor para bajar de peso				
99. Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
100. Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud				
101. Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad				
102. Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie				
103. Tomar trago es menos dañino que consumir drogas				
104. El licor es dañino para la salud				
105. Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie				
106. Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas				
107. Nada como una coca-cola con hielo para quitar la sed				
108. El café le permite a la gente estar despierta				
109. Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo				
110. Dormir bien, alarga la vida				
111. La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
112. Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien				
113. Solo puede dormir bien en su propia cama				
114. Solo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura)				
115. Si toma café o coca-cola después de las 6 p.m. no puede dormir				
116. Dormir mucho da anemia				

¡MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA!

ANEXO D

Análisis de la confiabilidad de los instrumentos

TablaD1

Alpha de Cronbach Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez, 2003)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.921	35

TablaD2

Alpha de Cronbach Cuestionario de Salud (SF-36) para la medición de la calidad de vida (Ware y Sherbourne, 1992)

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.787	116

ANEXO E

Modelo predictivo de la dimensión función física

Modelo predictivo para la dimensión función física.

Tabla E1.

Variables para la predicción de la función física

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico , sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: CalidadFuncionFisica

b. All requested variables entered.

Tabla E2.

Modelo de Regresión: Función física

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.510 ^a	.260	.208		4.55960	1.957

Tabla E3.
ANOVA: *Función física*

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1569.330	15	104.622	5.032	.000 ^b
Residual	4469.847	215	20.790		
Total	6039.177	230			

a. Dependent Variable: CalidadFuncionFisica

b. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAlimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

Tabla E4.
Coefficientes del modelo de regresión: Función física.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	4.555	5.398		.844	.400
PracticasCondicion	.344	.073	.336	4.706	.000
PracticasRecreacion	-.044	.132	-.024	-.337	.737
PracticasAlimentacion	.003	.054	.004	.058	.954
PracticasCuidado	.012	.053	.016	.228	.820
PracticasDrogas	.220	.100	.140	2.198	.029
PracticasSueno	.040	.049	.052	.817	.415
Creenciasrec	.204	.161	.084	1.266	.207
CreenciasCuidado	.017	.074	.017	.231	.817
CreenciasAlimentacion	.089	.093	.063	.955	.341
CreenciasDrogas	.033	.071	.031	.460	.646
CreenciasSueno	.029	.087	.021	.327	.744
Creenciasfisica	.169	.123	.092	1.378	.170
Tiempo_de_diagnostico	-.023	.031	-.047	-.757	.450
sexo	.767	.677	.071	1.132	.259
edad	-.035	.020	-.109	-1.734	.084

a. Dependent Variable: CalidadFuncionFisica

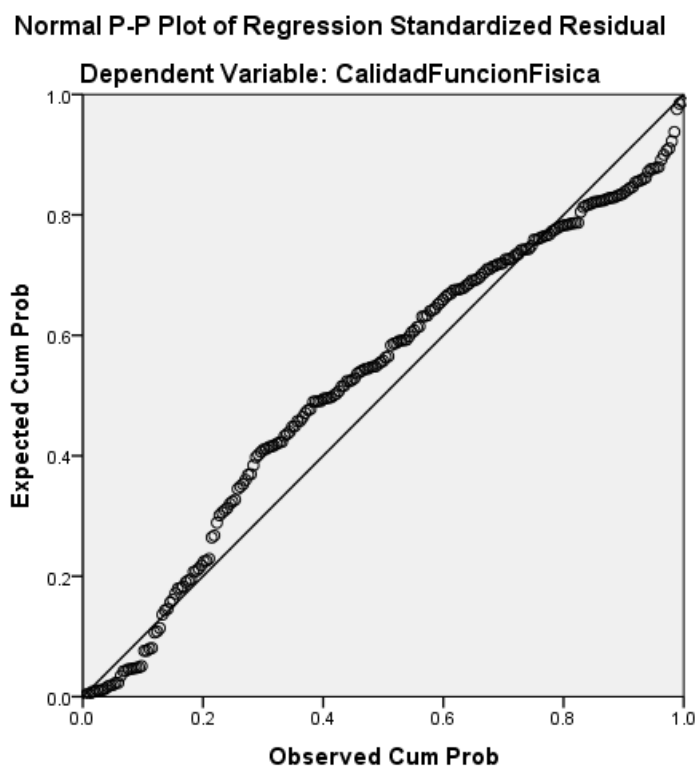


Figura E1. Gráfico P-P Plot: Función física.

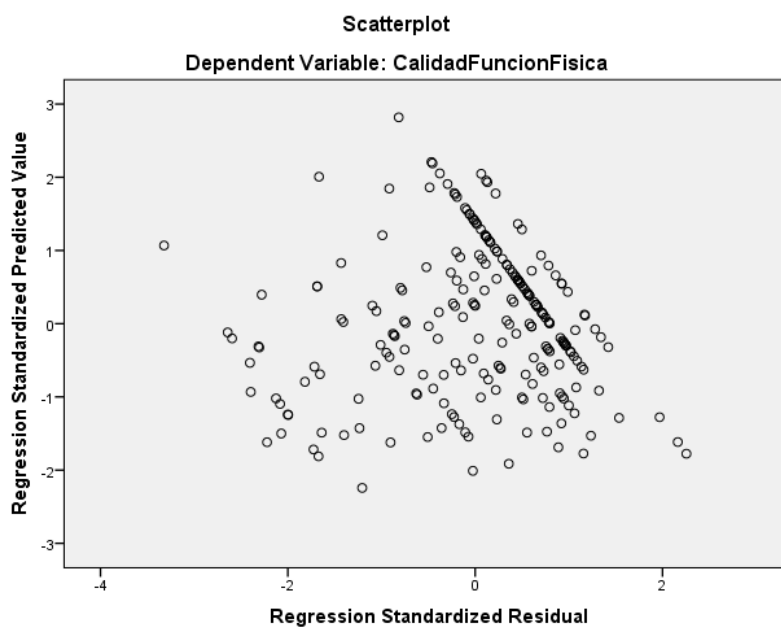


Figura E2. Gráfico Scatterplot: Función física

ANEXO F

Modelo predictivo de la dimensión rol físico

Modelo predictivo para la dimensión rol físico

Tabla F1.

Variables para la predicción del rol físico

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, PracticasSueno, creenciasSueno, creenciasCuidado, tiempo_de_diagnostico, sexo, PracticasDrogas, PracticasRecreacion, creenciasAimentacion, creenciasDrogas, creenciasrec, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCuidado, PracticasCondicion ^b		Enter

a. Dependent Variable: CalidadRolFisico

b. All requested variables entered.

Tabla F2.

Modelo de Regresión: Rol físico

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.368 ^a	.136	.075	5.11775	1.944

a. Predictors: (Constant), edad, PracticasSueno, creenciasSueno, creenciasCuidado, tiempo_de_diagnostico, sexo, PracticasDrogas, PracticasRecreacion, creenciasAimentacion, creenciasDrogas, creenciasrec, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCuidado, PracticasCondicion

b. Dependent Variable: CalidadRolFisico

Tabla F3.
ANOVA: Rol físico

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	883.577	15	58.905	2.249	.006 ^b
Residual	5631.133	215	26.191		
Total	6514.710	230			

a. Dependent Variable: CalidadRolFisico

b. Predictors: (Constant), edad, PracticasSueno, creenciasSueno, creenciasCuidado, tiempo_de_diagnostico, sexo, PracticasDrogas, PracticasRecreacion, creenciasAimentacion, creenciasDrogas, creenciasrec, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCuidado, PracticasCondicion

Tabla F4.
Coeficientes del modelo de regresión: Rol físico

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	.988	6.048		.163	.870
PracticasCondicion	.186	.082	.175	2.258	.025
PracticasRecreacion	-.049	.148	-.025	-.329	.742
PracticasAlimentacion	-.022	.061	-.026	-.356	.722
PracticasCuidado	.045	.058	.057	.774	.440
PracticasDrogas	.219	.112	.134	1.946	.053
PracticasSueno	.047	.056	.058	.842	.401
creenciasrec	.140	.181	.056	.774	.440
creenciasCuidado	-.033	.083	-.031	-.402	.688
creenciasAimentacion	.015	.105	.010	.145	.885
creenciasDrogas	.059	.080	.053	.737	.462
creenciasSueno	-.156	.098	-.110	-1.597	.112
creenciasfisica	.146	.138	.076	1.058	.291
tiempo_de_diagnostico	.018	.035	.034	.513	.608
sexo	1.642	.759	.147	2.163	.032
edad	.001	.023	.004	.058	.954

a. Dependent Variable: CalidadRolFisico

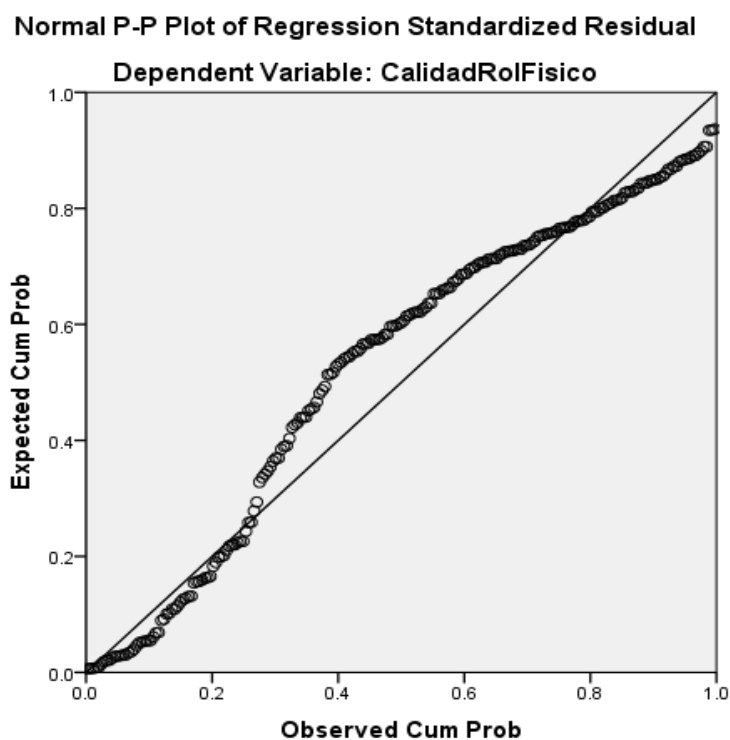


Figura F1. Gráfico P-P Plot: Rol físico

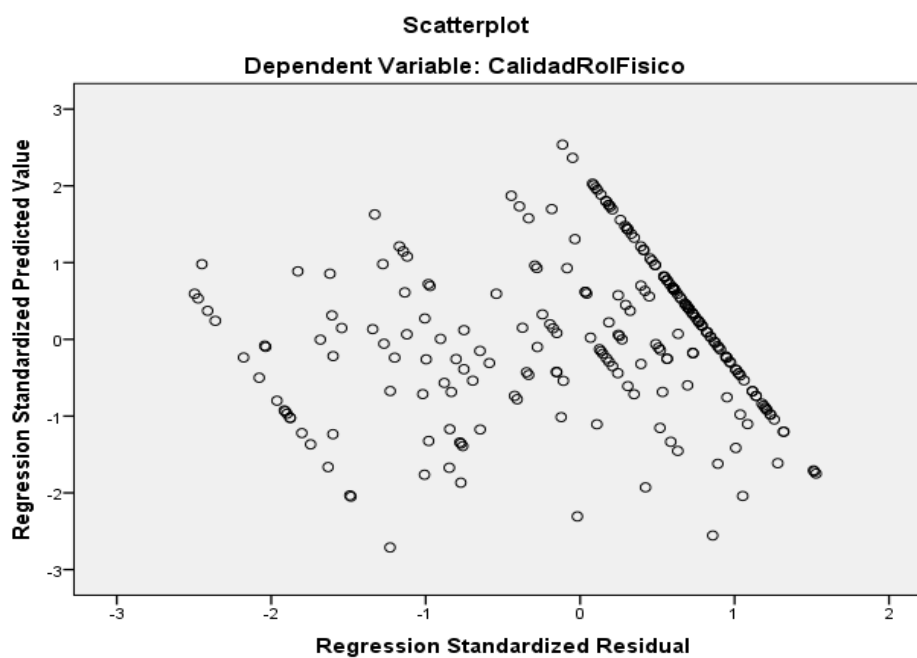


Figura F2. Gráfico Scatterplot: Rol físico

ANEXO G

Modelo predictivo de la dimensión dolor corporal

Modelo predictivo para la dimensión dolor corporal

Tabla G1.

Variables para la predicción del dolor corporal

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
	edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado ^b		Enter

a. Dependent Variable: CalidadDolor

b. All requested variables entered.

Tabla G2.

Modelo de Regresión: Dolor corporal

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted Square	R Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
	.500 ^a	.250	.198	2.22089	1.880

a. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

b. Dependent Variable: CalidadDolor

Tabla G3.
ANOVA: Dolor corporal

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	355.261	15	23.684	4.802	.000 ^b
Residual	1065.390	216	4.932		
Total	1420.651	231			

a. Dependent Variable: CalidadDolor

b. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

Tabla G4.

Coeficientes del modelo de regresión: Dolor corporal

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1					
(Constant)	-4.236	2.625		-1.614	.108
PracticasCondicion	.089	.036	.180	2.508	.013
PracticasRecreacion	.018	.064	.019	.274	.784
PracticasAlimentacion	.021	.026	.054	.789	.431
PracticasCuidado	.010	.025	.027	.397	.692
PracticasDrogas	.128	.049	.168	2.621	.009
PracticasSueno	.053	.024	.140	2.194	.029
creenciasrec	.243	.079	.208	3.097	.002
creenciasCuidado	-.003	.036	-.007	-.095	.924
creenciasAimentacion	.059	.045	.086	1.305	.193
creenciasDrogas	.012	.035	.024	.354	.724
creenciasSueno	-.061	.043	-.092	-1.437	.152
creenciasfisica	-.046	.060	-.052	-.773	.440
tiempo_de_diagnostico	-.013	.015	-.055	-.888	.375
sexo	.627	.329	.120	1.903	.068
edad	.002	.010	.013	.202	.840

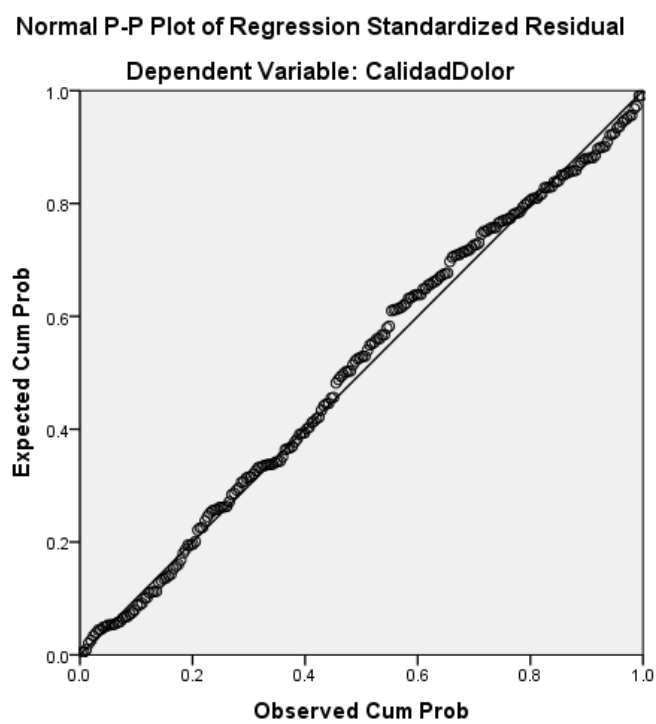


Figura G1. Gráfico P-P Plot: Dolor corporal

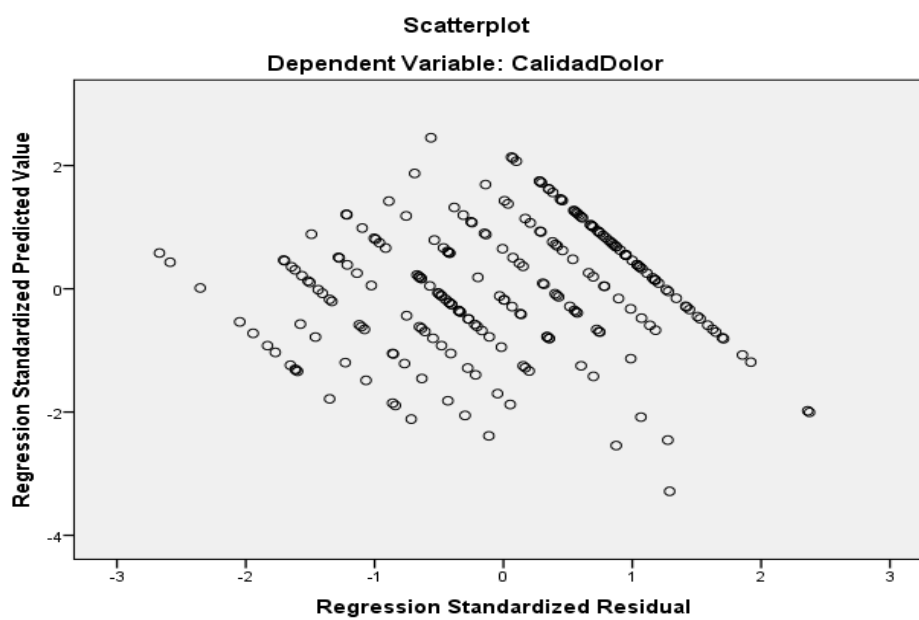


Figura G2. Gráfico Scatterplot: Dolor corporal

ANEXO H

Modelo predictivo de la dimensión salud general

Modelo predictivo para la dimensión salud general

Tabla H1.

Variables para la predicción del salud general

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado ^b		Enter

a. Dependent Variable: CalidadGeneral

b. All requested variables entered.

Tabla H2.

Modelo de Regresión: Salud general

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.447 ^a	.200	.144	4.32140	1.646

a. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

b. Dependent Variable: CalidadGeneral

Tabla H3.
ANOVA: Salud general

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1008.308	15	67.221	3.600	.000 ^b
Residual	4033.688	216	18.674		
Total	5041.996	231			

a. Dependent Variable: CalidadGeneral

b. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

Tabla H4.
Coeficientes del modelo de regresión: salud general

Coeficientssa					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	9.423	5.107		1.845	.066
PracticasCondicion	.238	.069	.255	3.443	.001
PracticasRecreacion	.142	.125	.083	1.136	.257
PracticasAlimentacion	-.106	.052	-.145	-2.056	.041
PracticasCuidado	.054	.049	.078	1.102	.272
PracticasDrogas	.154	.095	.107	1.618	.107
PracticasSueno	.033	.047	.047	.715	.476
1 creenciasrec	-.112	.153	-.051	-.731	.466
creenciasCuidado	.006	.070	.007	.089	.929
creenciasAimentacion	-.011	.088	-.008	-.124	.901
creenciasDrogas	-.024	.068	-.025	-.354	.724
creenciasSueno	-.080	.083	-.064	-.972	.332
creenciasfisica	.174	.116	.104	1.495	.136
tiempo_de_diagnostico	-.021	.029	-.045	-.707	.480
sexo	1.146	.641	.117	1.788	.075
edad	-.003	.019	-.010	-.156	.876

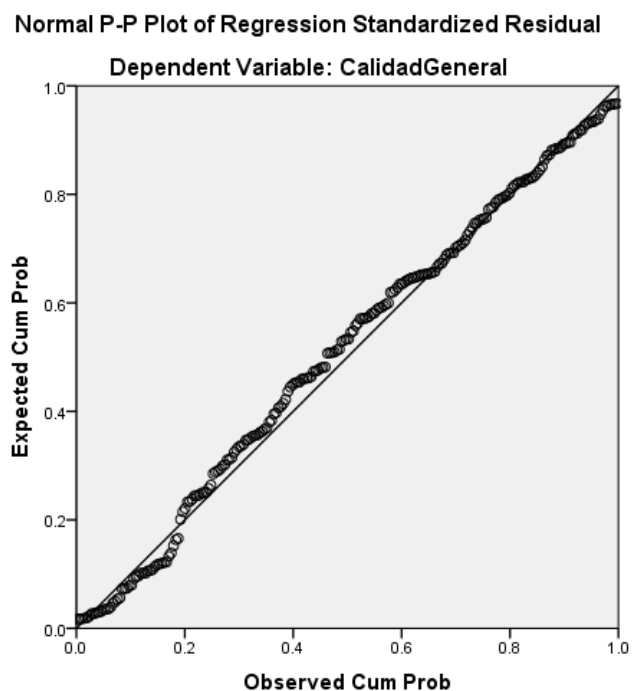


Figura H1. Gráfico P-P Plot: Salud general

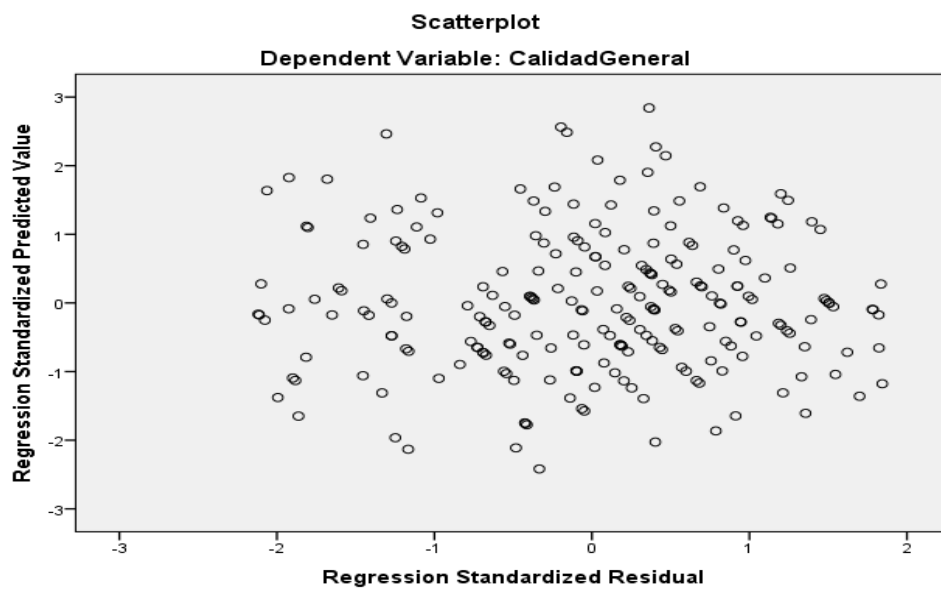


Figura H2. Gráfico Scatterplot: Salud general

ANEXO I

Modelo predictivo de la dimensión vitalidad

Modelo predictivo para la dimensión vitalidad

Tabla I1.

Variables para la predicción del vitalidad

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
	edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: CalidadVitalidad

b. All requested variables entered.

Tabla I2.

Modelo de Regresión: vitalidad

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
	.494 ^a	.244	.191	4.05171	1.794

a. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

b. Dependent Variable: CalidadVitalidad

Tabla I3.
ANOVA: *vitalidad*

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1139.411	15	75.961	4.627	.000 ^b
Residual	3529.524	215	16.416		
Total	4668.935	230			

a. Dependent Variable: CalidadVitalidad

b. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

Tabla I4.
Coeficientes del modelo de regresión: vitalidad

Coeficientesa					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	.504	4.789		.105	.916
PracticasCondicion	.224	.065	.249	3.457	.001
PracticasRecreacion	-.042	.117	-.025	-.356	.722
PracticasAlimentacion	-.015	.048	-.021	-.306	.760
PracticasCuidado	-.010	.046	-.016	-.227	.821
PracticasDrogas	.116	.089	.084	1.298	.196
PracticasSueno	.179	.044	.262	4.082	.000
creenciasrec	.117	.143	.055	.817	.415
creenciasCuidado	.011	.065	.012	.172	.864
creenciasAimentacion	-.027	.083	-.021	-.320	.749
creenciasDrogas	-.073	.064	-.077	-1.139	.256
creenciasSueno	-.009	.078	-.007	-.115	.908
creenciasfisica	.131	.109	.081	1.204	.230
tiempo_de_diagnostico	.015	.028	.035	.556	.579
sexo	1.478	.601	.156	2.459	.015
edad	.017	.018	.061	.959	.339

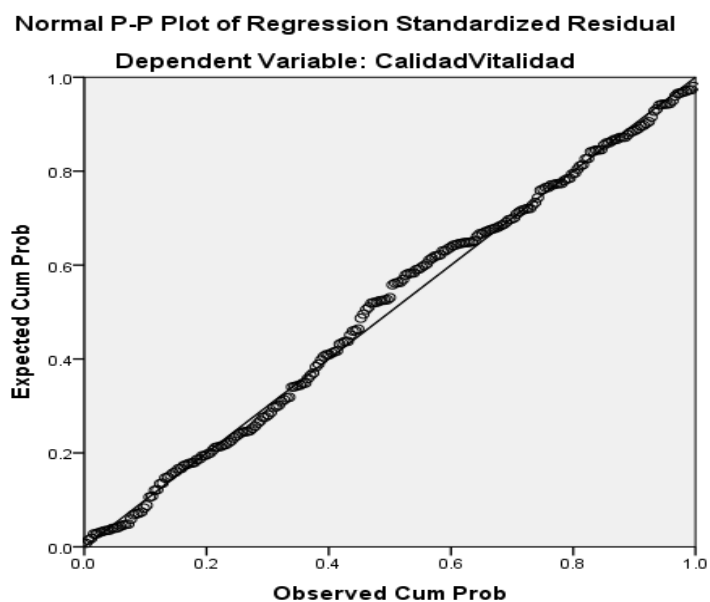


Figura I1. Gráfico P-P Plot: vitalidad

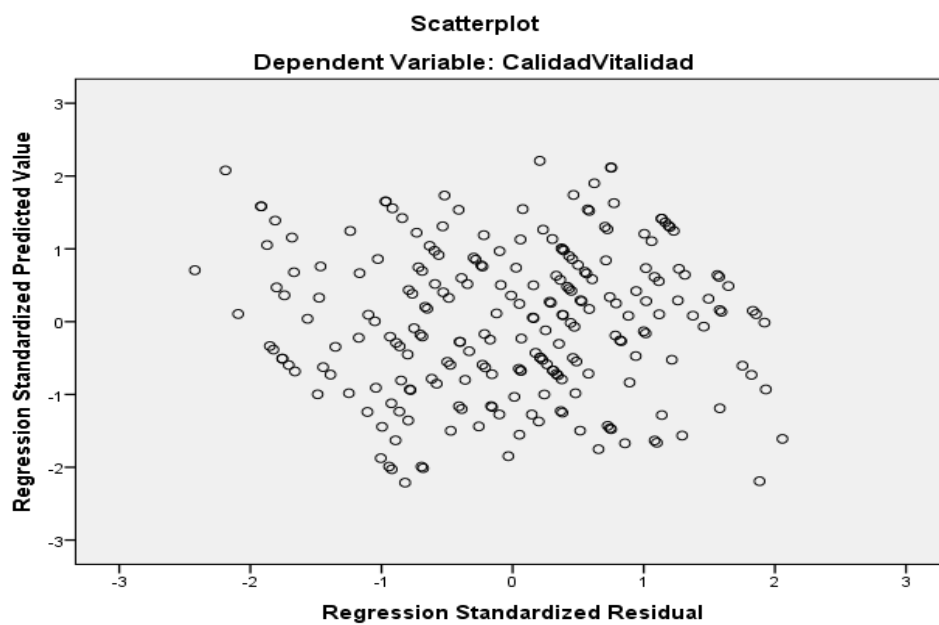


Figura I2. Gráfico Scatterplot: vitalidad

ANEXO J

Modelo predictivo de la dimensión función social

Modelo predictivo para la dimensión función social

Tabla J1.

Variables para la predicción del función social

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
	edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: CalidadFuncionSocial

b. All requested variables entered.

Tabla J2.

Modelo de Regresión: función social

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
	.454 ^a	.206	.151	2.14765	1.808

a. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

b. Dependent Variable: CalidadFuncionSocial

Tabla J3.
ANOVA: *función social*

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	258.738	15	17.249	3.740	.000 ^b
Residual	996.279	216	4.612		
Total	1255.017	231			

a. Dependent Variable: CalidadFuncionSocial

b. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

Tabla J4.
Coeficientes del modelo de regresión: *función social*

Coeficientssa					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.214	2.538		.478	.633
PracticasCondicion	.140	.034	.301	4.073	.000
PracticasRecreacion	-.034	.062	-.040	-.555	.579
PracticasAlimentacion	-.001	.026	-.002	-.033	.974
PracticasCuidado	-.028	.024	-.082	-1.161	.247
PracticasDrogas	.077	.047	.108	1.642	.102
PracticasSueno	.034	.023	.096	1.458	.146
creenciasrec	.112	.076	.102	1.474	.142
creenciasCuidado	.040	.035	.086	1.157	.249
creenciasAimentacion	-.068	.044	-.106	-1.554	.122
creenciasDrogas	.115	.034	.236	3.430	.001
creenciasSueno	-.059	.041	-.095	-1.436	.152
creenciasfisica	-.090	.058	-.108	-1.560	.120
tiempo_de_diagnostico	-.017	.015	-.072	-1.134	.258
sexo	.088	.319	.018	.278	.782
edad	.000	.010	.002	.031	.975

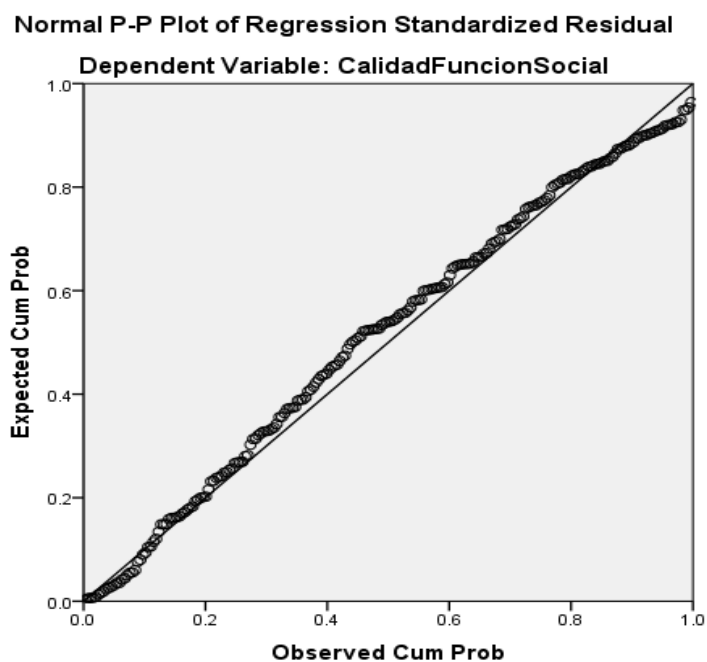


Figura J1. Gráfico P-P Plot: función social

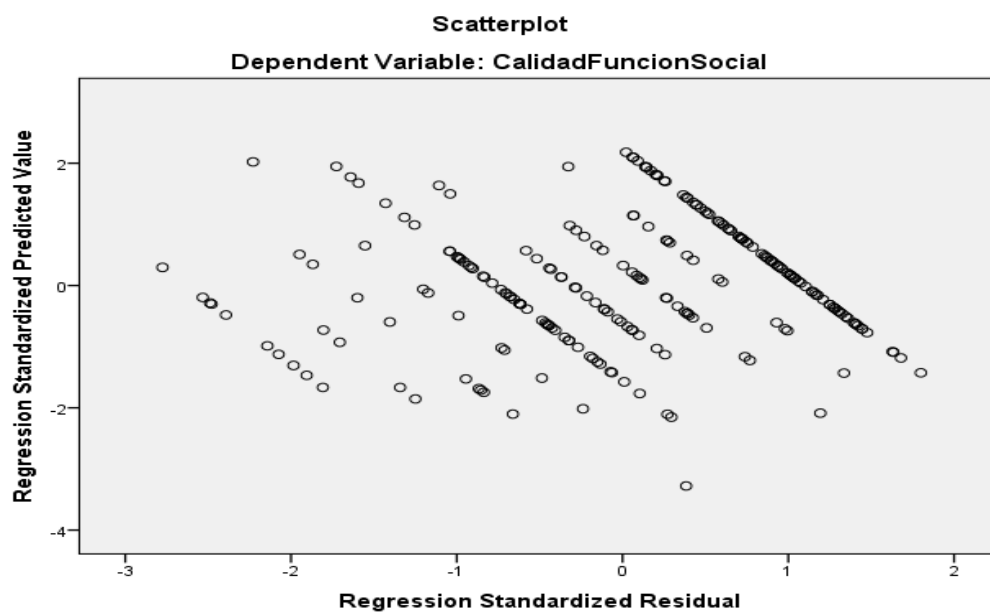


Figura J2. Gráfico Scatterplot: función social

ANEXO K

Modelo predictivo de la dimensión rol emocional

Modelo predictivo para la dimensión rol emocional

Tabla K1.

Variables para la predicción del rol emocional

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
	edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado ^b		Enter

a. Dependent Variable: CalidadRolEmocional

b. All requested variables entered.

Tabla K2.

Modelo de Regresión: rol emocional

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
	.369 ^a	.136	.076	3.57334	2.091

a. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

b. Dependent Variable: CalidadRolEmocional

Tabla K3.
ANOVA: rol emocional

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	433.875	15	28.925	2.265	.006 ^b
Residual	2758.056	216	12.769		
Total	3191.931	231			

a. Dependent Variable: CalidadRolEmocional

b. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

Tabla K4.
Coeficientes del modelo de regresión: rol emocional

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1					
(Constant)	3.238	4.223		.767	.444
PracticasCondicion	.150	.057	.202	2.622	.009
PracticasRecreacion	.039	.103	.029	.378	.706
PracticasAlimentacion	.001	.043	.002	.030	.976
PracticasCuidado	-.041	.040	-.074	-1.008	.315
PracticasDrogas	.037	.078	.032	.472	.638
PracticasSueno	.018	.039	.033	.478	.633
creenciasrec	.201	.126	.114	1.591	.113
creenciasCuidado	-.002	.058	-.003	-.034	.973
creenciasAimentacion	-.011	.073	-.011	-.151	.880
creenciasDrogas	.074	.056	.095	1.317	.189
creenciasSueno	-.109	.068	-.110	-1.599	.111
creenciasfisica	.158	.096	.118	1.641	.102
tiempo_de_diagnostico	.040	.024	.110	1.649	.101
sexo	.293	.530	.037	.552	.581
edad	-.002	.016	-.007	-.102	.919

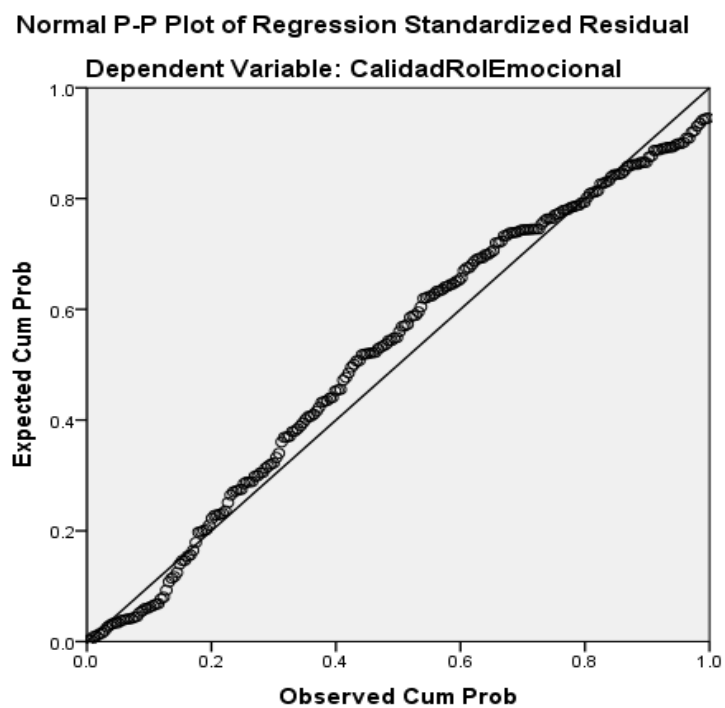


Figura K1. Gráfico P-P Plot: rol emocional

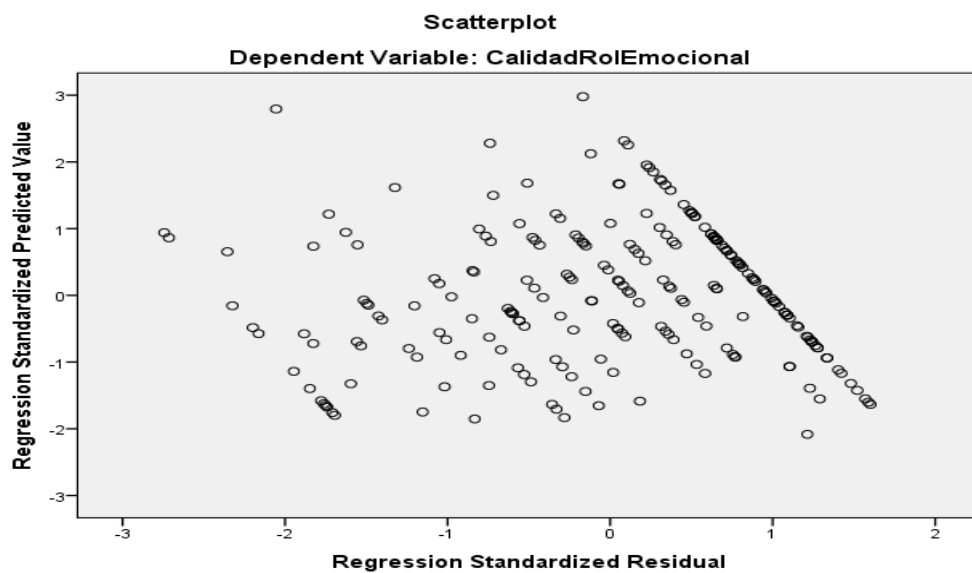


Figura K2. Gráfico Scatterplot: rol emocional

ANEXO L

Modelo predictivo de la dimensión salud mental

Modelo predictivo para la dimensión salud mental

Tabla L1.

Variables para la predicción del salud mental

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: CalidadMental

b. All requested variables entered.

Tabla K2.

Modelo de Regresión: salud mental

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
	.482 ^a	.232		.179	4.76894
					1.935

a. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

b. Dependent Variable: CalidadMental

Tabla L3.
ANOVA: salud mental

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1487.843	15	99.190	4.361	.000 ^b
Residual	4912.433	216	22.743		
Total	6400.276	231			

a. Dependent Variable: CalidadMental

b. Predictors: (Constant), edad, PracticasCuidado, PracticasSueno, creenciasAimentacion, tiempo_de_diagnostico, sexo, creenciasrec, creenciasDrogas, PracticasDrogas, creenciasSueno, PracticasRecreacion, creenciasfisica, PracticasAlimentacion, PracticasCondicion, creenciasCuidado

Tabla L4.
Coeficientes del modelo de regresión: salud mental

Coeficientesa					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-.414	5.636		-.073	.942
PracticasCondicion	.278	.076	.265	3.651	.000
PracticasRecreacion	.080	.138	.042	.584	.560
PracticasAlimentacion	.017	.057	.020	.295	.768
PracticasCuidado	-.096	.054	-.124	-1.777	.077
PracticasDrogas	.231	.105	.143	2.202	.029
PracticasSueno	.130	.052	.164	2.527	.012
creenciasrec	.329	.169	.132	1.950	.053
1 creenciasCuidado	.013	.077	.012	.167	.868
creenciasAimentacion	-.048	.098	-.033	-.486	.627
creenciasDrogas	.094	.075	.085	1.255	.211
creenciasSueno	-.064	.091	-.045	-.697	.487
creenciasfisica	.056	.128	.029	.434	.665
tiempo_de_diagnostico	.040	.032	.078	1.249	.213
sexo	1.235	.707	.111	1.746	.082
edad	.011	.021	.033	.515	.607

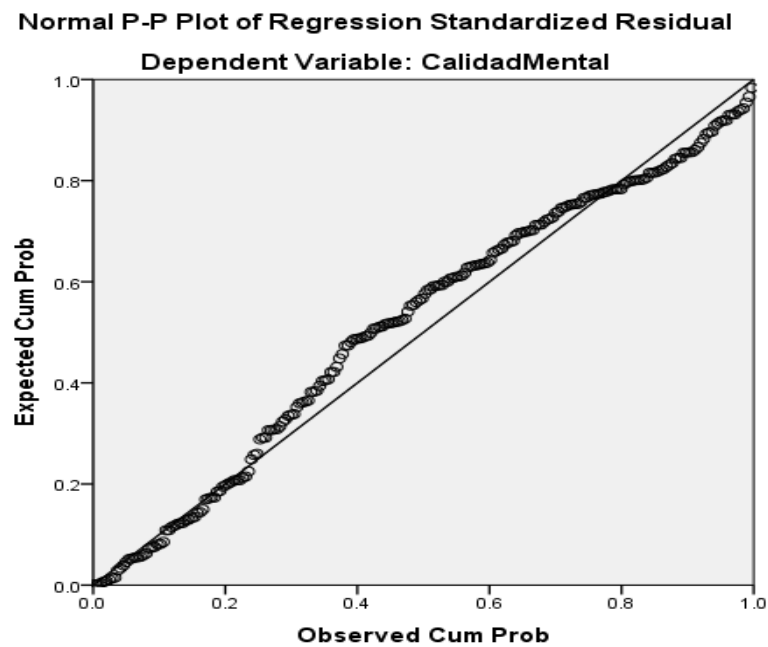


Figura L1. Gráfico P-P Plot: salud mental

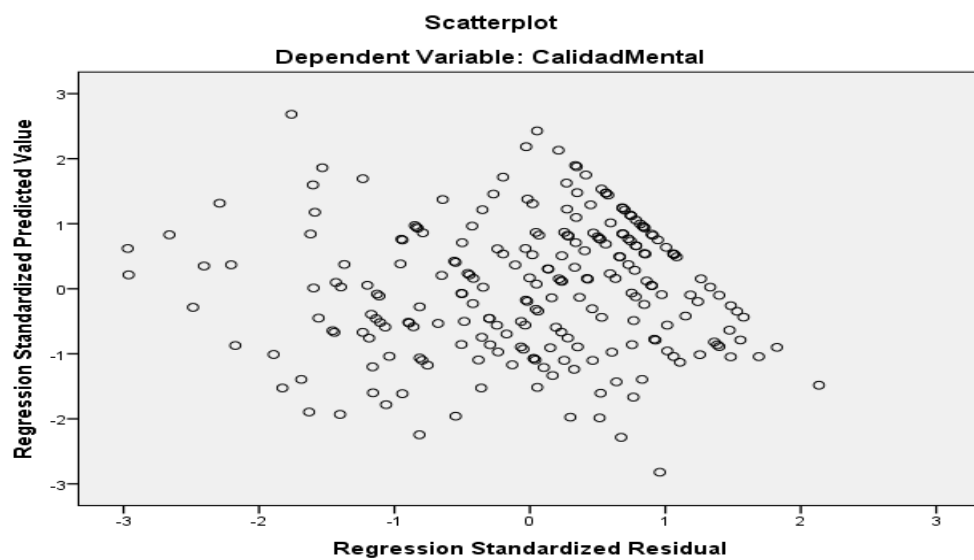


Figura L2. Gráfico Scatterplot: salud mental

ANEXO M

Modelo predictivo de la dimensión prácticas de la condición, actividad física y deporte.

Modelo predictivo para la dimensión prácticas de la condición, actividad física y deporte.

Tabla M1.

Variables para la predicción las prácticas de la condición, actividad física y deporte.

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, sexo ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: PracticasCondicion

b. All requested variables entered.

Tabla M2.

Modelo de Regresión: prácticas de la condición, actividad física y deporte.

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.164 ^a	.027	.020	4.92565	1.978

a. Predictors: (Constant), edad, sexo

b. Dependent Variable: PracticasCondicion

Tabla M3.

ANOVA: prácticas de la condición, actividad física y deporte.

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	181.522	2	90.761	3.741	.025 ^b
Residual	6599.263	272	24.262		
Total	6780.785	274			

a. Dependent Variable: PracticasCondicion

b. Predictors: (Constant), edad, sexo

Tabla M4.

Coefficientes del modelo de regresión: prácticas de la condición, actividad física y deporte.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	14.461	1.142		12.665	.000
1 sexo	1.445	.626	.139	2.308	.022
edad	-.023	.019	-.075	-1.243	.215

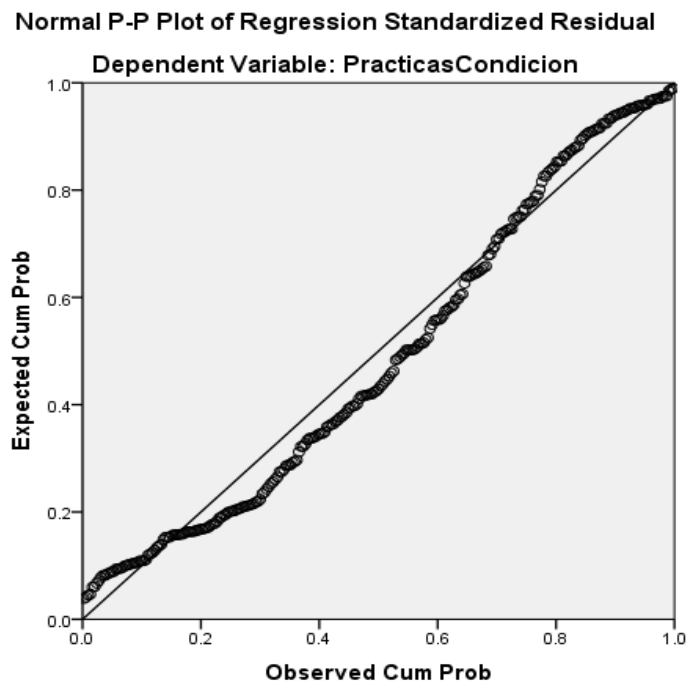


Figura M1. Gráfico P-P Plot: *prácticas de la condición, actividad física y deporte.*

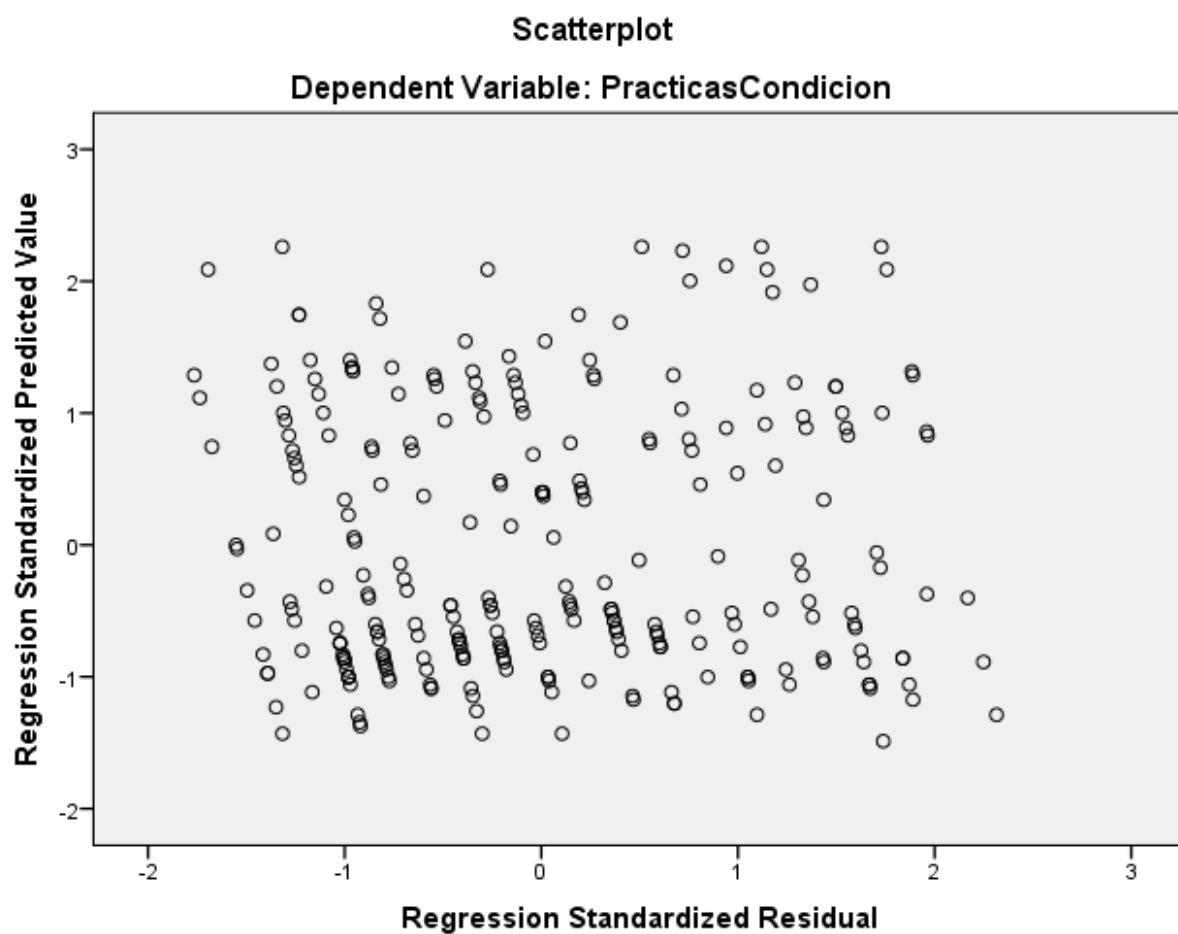


Figura M2. Gráfico Scatterplot: *prácticas de la condición, actividad física y deporte.*

ANEXO N

Modelo predictivo de la dimensión prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.

Modelo predictivo para la dimensión prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.

Tabla N1.

Variables para la predicción las prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, sexo ^b		Enter

a. Dependent Variable: PracticasRecreacion

b. All requested variables entered.

Tabla N2.

Modelo de Regresión: prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.134 ^a	.018	.011	2.69229	1.826

a. Predictors: (Constant), edad, sexo

b. Dependent Variable: PracticasRecreacion

Tabla N3.

ANOVA: prácticas de recreación y manejo del tiempo libre

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	35.928	2	17.964	2.478	.086 ^b
Residual	1957.068	270	7.248		
Total	1992.996	272			

a. Dependent Variable: PracticasRecreacion

b. Predictors: (Constant), edad, sexo

Tabla N4.

Coefficientes del modelo de regresión: prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	13.151	.624		21.063	.000
1 Sexo	.750	.343	.133	2.189	.029
Edad	.006	.010	.037	.606	.545

a. Dependent Variable: PracticasRecreacion

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

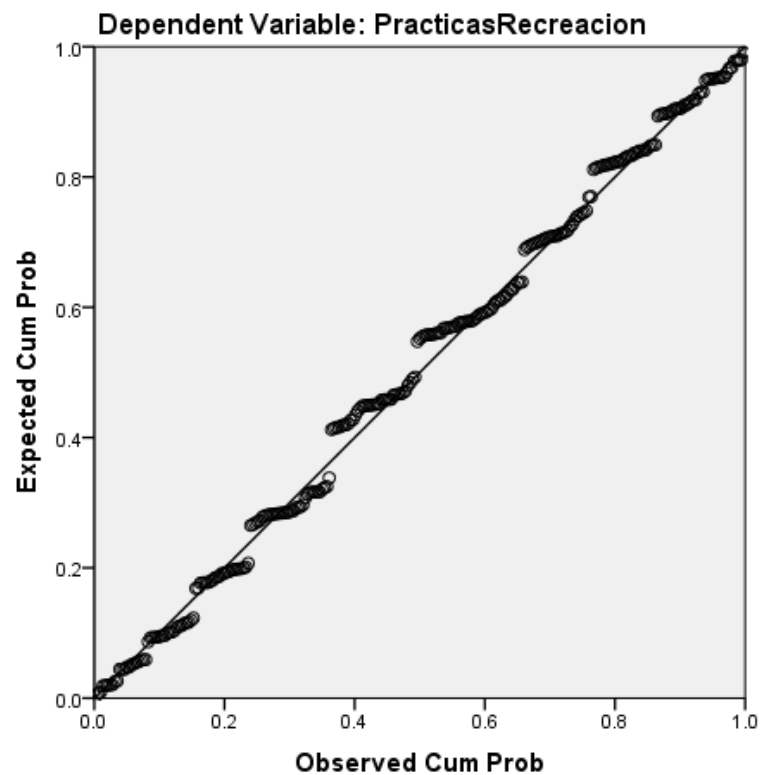


Figura N1. Gráfico P-P Plot: *prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.*

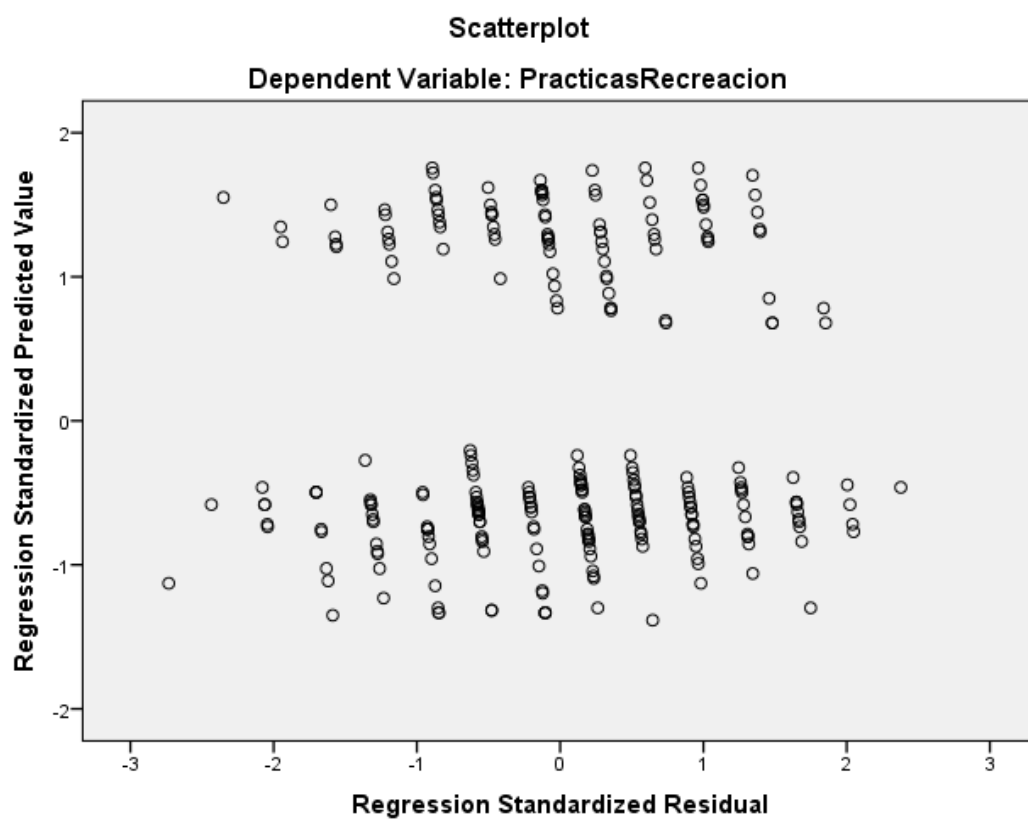


Figura N2. Gráfico Scatterplot: *prácticas de la recreación y manejo del tiempo libre*.

ANEXO O

Modelo predictivo de la dimensión prácticas de autocuidado y cuidado médico.

Modelo predictivo para la dimensión prácticas de autocuidado y cuidado médico

Tabla O1.

Variables para la predicción las prácticas de autocuidado y cuidado médico.

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, sexo ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: PracticasCuidado

b. All requested variables entered.

Tabla O2.

Modelo de Regresión: prácticas de autocuidado y cuidado médico.

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.145 ^a	.021	.014	6.76632	1.778

a. Predictors: (Constant), edad, sexo

b. Dependent Variable: PracticasCuidado

Tabla O3.

ANOVA: prácticas de autocuidado y cuidado médico.

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	254.525	2	127.262	2.780	.064 ^b
Residual	11812.027	258	45.783		
Total	12066.552	260			

a. Dependent Variable: PracticasCuidado

b. Predictors: (Constant), edad, sexo

Tabla O4.

Coefficientes del modelo de regresión: prácticas de autocuidado y cuidado médico.

Model	Coefficients ^a			t	Sig.
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	60.687	1.604		37.828	.000
sexo	-2.097	.895	-.145	-2.344	.020
edad	.004	.026	.009	.143	.887

a. Dependent Variable: PracticasCuidado

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

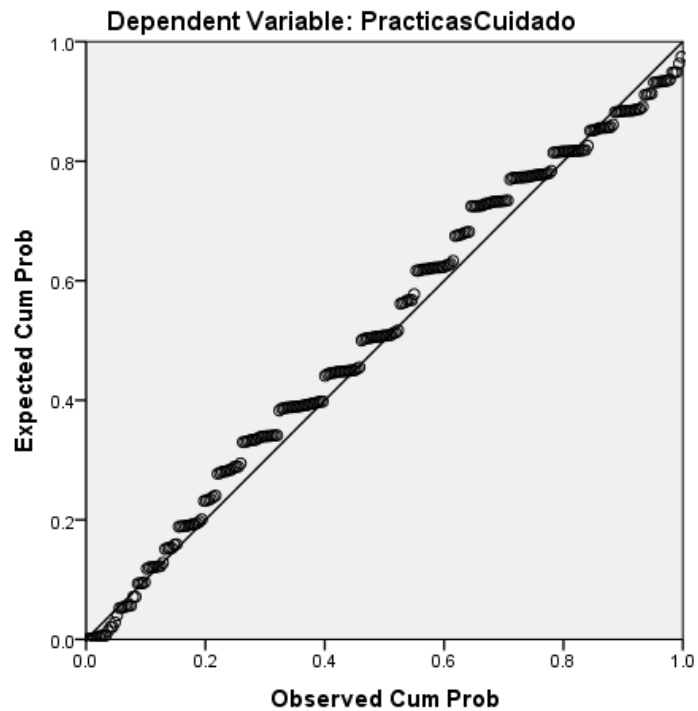


Figura O1. Gráfico P-P Plot: *prácticas de autocuidado y cuidado médico*

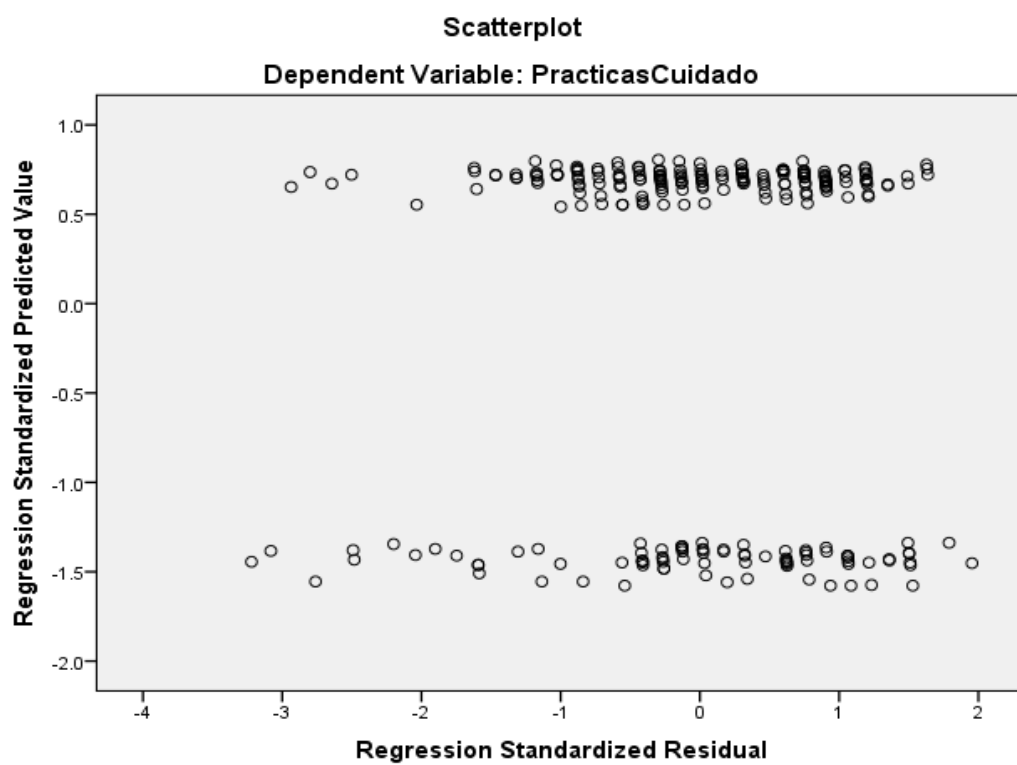


Figura O2. Gráfico Scatterplot: *prácticas del autocuidado y cuidado médico*.

ANEXO P

Modelo predictivo de la dimensión prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Modelo predictivo para la dimensión prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Tabla P1.

Variables para la predicción las prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, sexo ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: PracticasDrogas

b. All requested variables entered.

Tabla P2.

Modelo de Regresión: prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.149 ^a	.022	.015	3.34365	1.811

a. Predictors: (Constant), edad, sexo

b. Dependent Variable: PracticasDrogas

Tabla P3.

ANOVA: prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	68.158	2	34.079	3.048	.049 ^b
Residual	2985.060	267	11.180		
Total	3053.219	269			

a. Dependent Variable: PracticasDrogas

b. Predictors: (Constant), edad, sexo

Tabla P4.

Coefficientes del modelo de regresión: prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	29.028	.777		37.341	.000
sexo	-.727	.430	-.103	-1.691	.092
edad	-.025	.013	-.118	-1.943	.053

a. Dependent Variable: PracticasDrogas

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

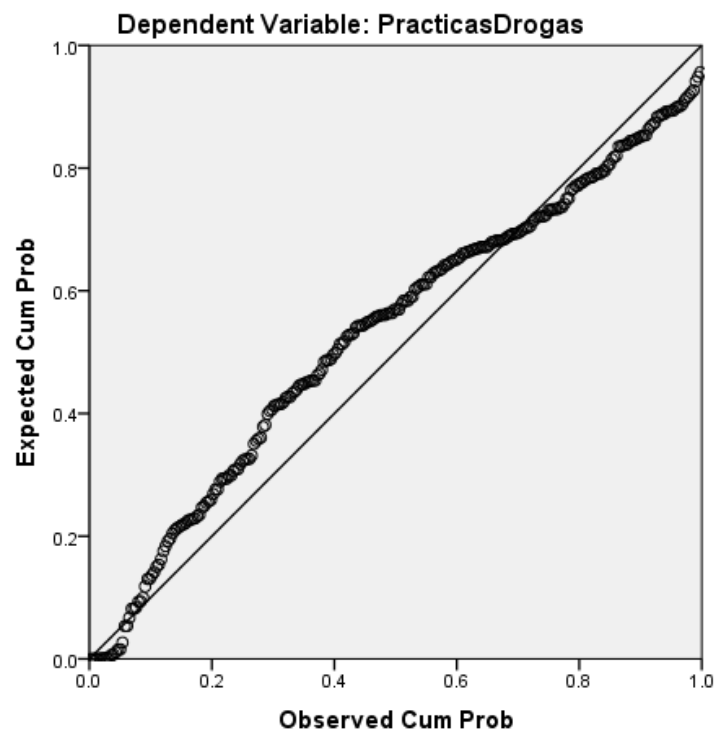


Figura P1. Gráfico P-P Plot: *prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.*

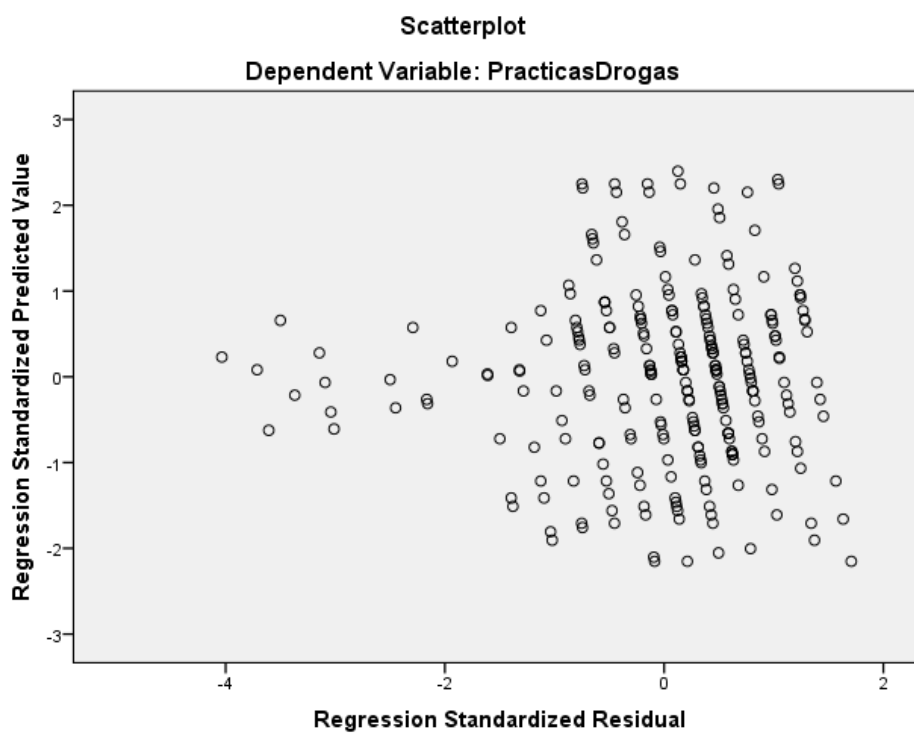


Figura P2. Gráfico Scatterplot: *prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas*.

ANEXO Q

Modelo predictivo de la dimensión prácticas de sueño

Modelo predictivo para la dimensión prácticas de sueño

Tabla 11.

Variables para la predicción las prácticas de sueño.

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
	edad, sexo ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: PracticasSueno

b. All requested variables entered.

Tabla Q2.

Modelo de Regresión: prácticas de sueño.

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
	.190 ^a	.036	.029	6.26129	2.139

a. Predictors: (Constant), edad, sexo

b. Dependent Variable: PracticasSueno

Tabla Q3.

ANOVA: prácticas de sueño.

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	397.221	2	198.610	5.066	.007 ^b
Residual	10585.006	270	39.204		
Total	10982.227	272			

a. Dependent Variable: PracticasSueno

b. Predictors: (Constant), edad, sexo

Tabla Q4.

Coefficientes del modelo de regresión: prácticas de sueño.

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	27.865	1.452		19.194	.000
sexo	2.516	.799	.189	3.148	.002
edad	-.004	.024	-.010	-.172	.864

a. Dependent Variable: PracticasSueno

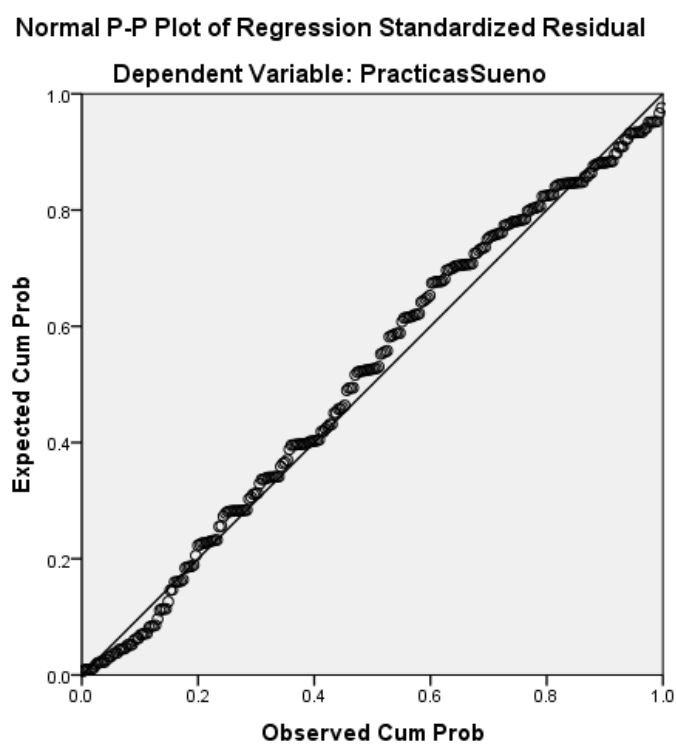


Figura Q1. Gráfico P-P Plot: *prácticas de sueño*.

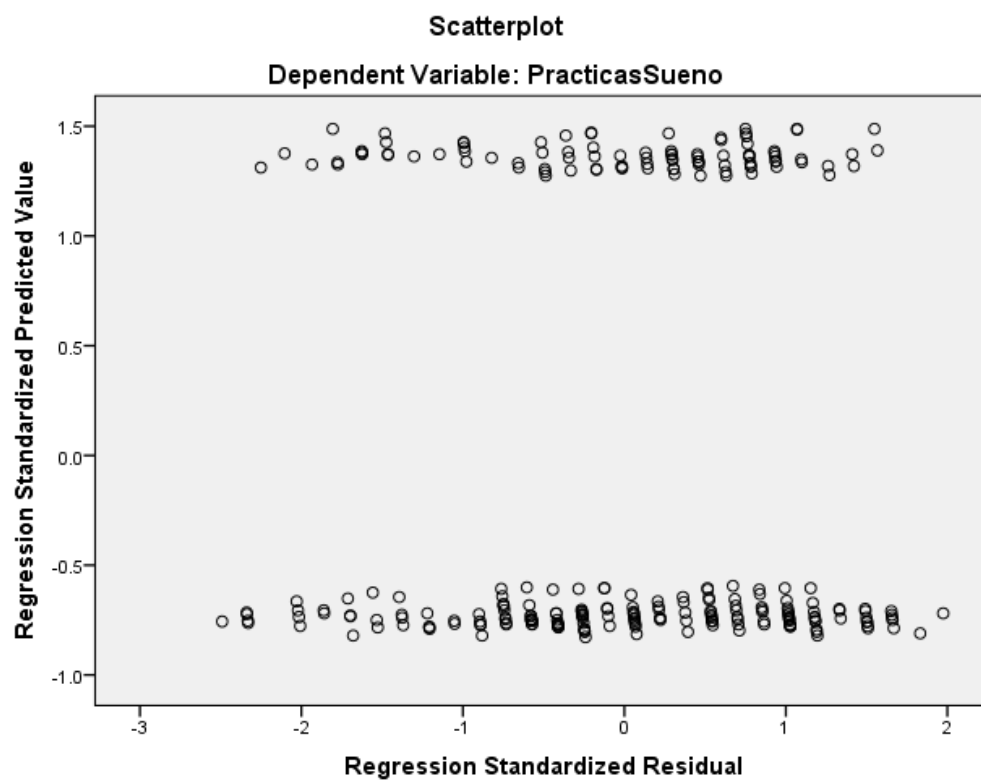


Figura Q2. Gráfico Scatterplot: *prácticas de sueño*.

ANEXO R

Modelo predictivo de la dimensión creencias sobre la condición, actividad física y deporte.

Modelo predictivo para la dimensión creencias sobre la condición, actividad física y deporte.

Tabla R1.

Variables para la predicción de las creencias sobre la condición, actividad física y deporte.

Variables			
Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
	edad, sexo ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: creenciasfísica

b. All requested variables entered.

Tabla R2.

Modelo de Regresión: creencias sobre la condición, actividad física y deporte.

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
	.197 ^a	.039	.032	2.68106	1.854

a. Predictors: (Constant), edad, sexo

b. Dependent Variable: creenciasfísica

Tabla R3.

ANOVA: creencias sobre la condición, actividad física y deporte.

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	78.586	2	39.293	5.466	.005 ^b
Residual	1940.784	270	7.188		
Total	2019.370	272			

a. Dependent Variable: creenciasfísica

b. Predictors: (Constant), edad, sexo

Tabla R4.

Coefficientes del modelo de regresión: creencias sobre la condición, actividad física y deporte.

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	18.202	.623		29.194	.000
	sexo	.227	.342	.040	.665	.507
	edad	-.032	.010	-.190	-3.169	.002

a. Dependent Variable: creenciasfisica

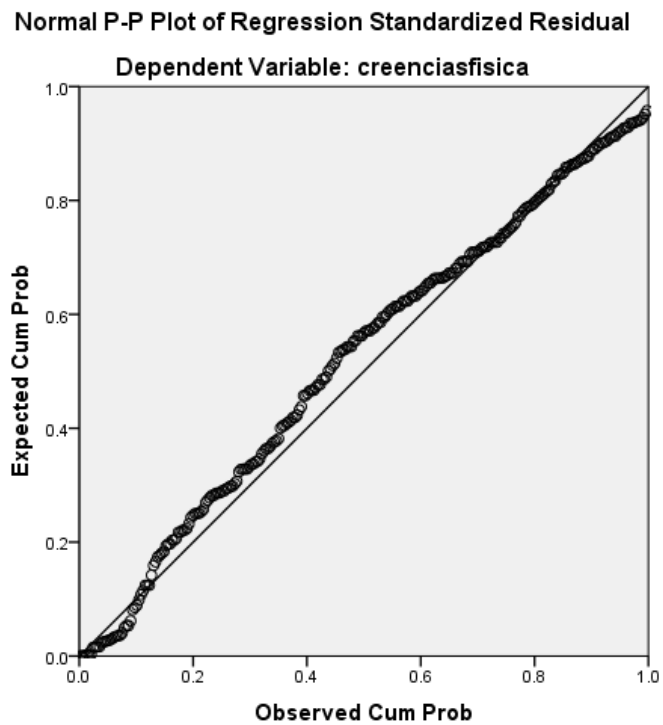


Figura R1. Gráfico P-P Plot: *creencias sobre la condición, actividad física y deporte.*

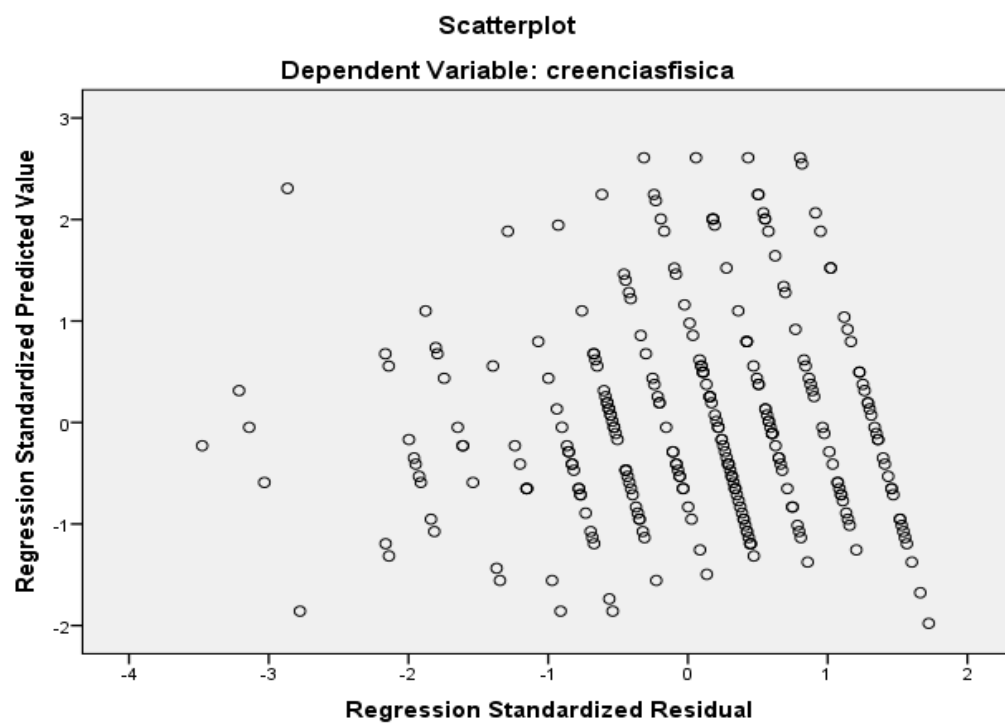


Figura R2. Gráfico Scatterplot: *creencias sobre la condición, actividad física y deporte.*

ANEXO S

Modelo predictivo de la dimensión creencia sobre la recreación y manejo del tiempo libre

Modelo predictivo para la dimensión creencia sobre la recreación y manejo del tiempo libre

Tabla S1.

Variables para la predicción de las creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, sexo ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: creenciasrec

b. All requested variables entered.

Tabla S2.

Modelo de Regresión: creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.146 ^a	.021	.014	2.07350	1.681

a. Predictors: (Constant), edad, sexo

b. Dependent Variable: creenciasrec

Tabla S3.

ANOVA: creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	25.450	2	12.725	2.960	.054 ^b
Residual	1169.437	272	4.299		
Total	1194.887	274			

a. Dependent Variable: creenciasrec

b. Predictors: (Constant), edad, sexo

Tabla S4.

Coefficientes del modelo de regresión: creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	13.970	.481		29.071	.000
sexo	-.104	.264	-.024	-.396	.692
edad	-.019	.008	-.146	-2.427	.016

a. Dependent Variable: creenciasrec

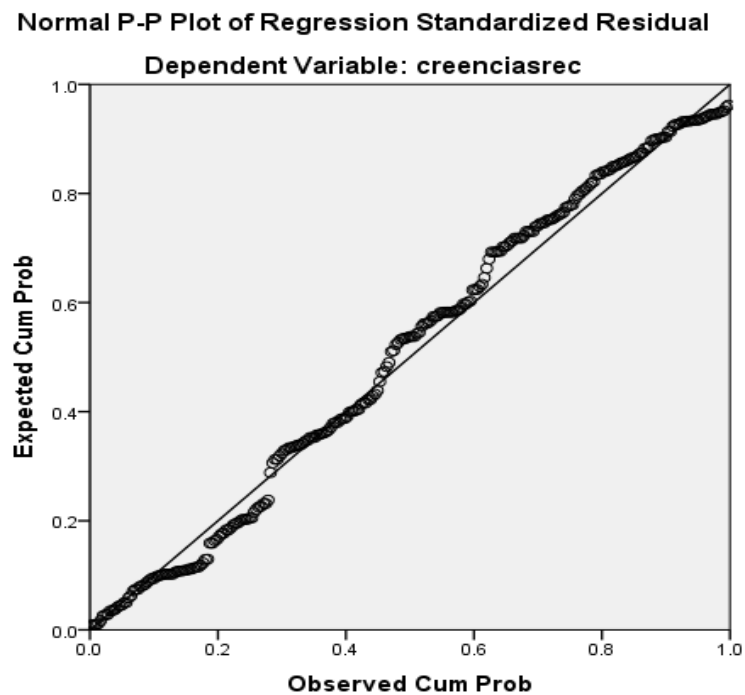


Figura S1. Gráfico P-P Plot: *creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre*

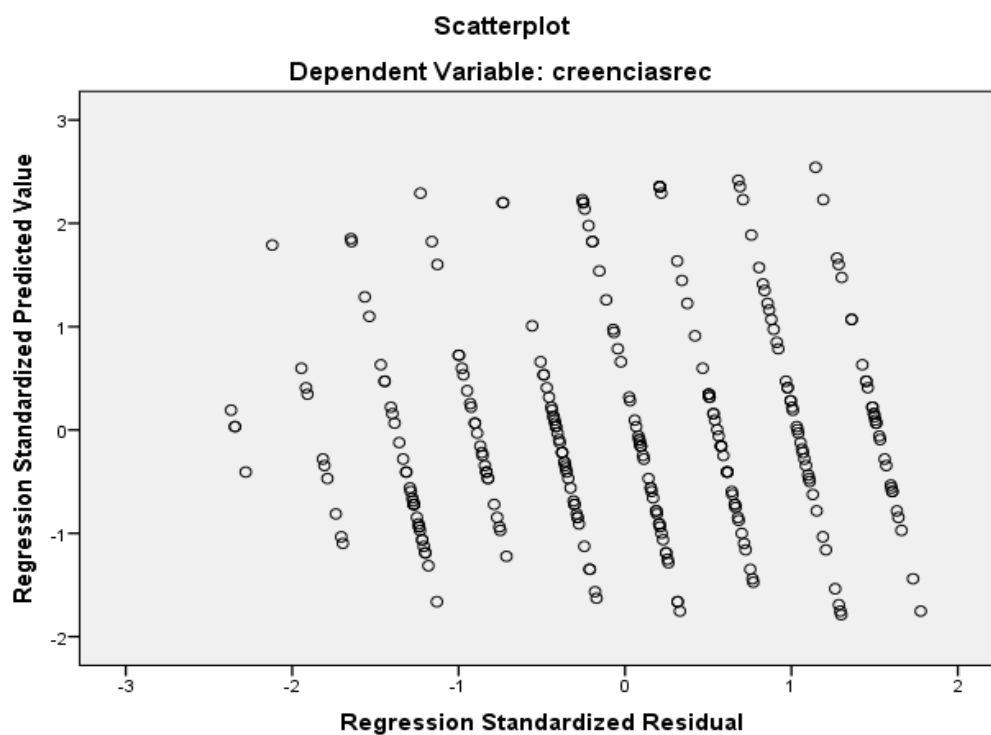


Figura S2. Gráfico Scatterplot: *creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre.*

ANEXO T

Modelo predictivo de la dimensión tiempo de diagnóstico

Modelo predictivo para la dimensión tiempo de diagnóstico

Tabla T1.

Variables para la predicción del tiempo de diagnóstico.

Variables Entered/Removed ^a			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	edad, sexo ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: tiempo_de_diagnostico

b. All requested variables entered.

Tabla T2.

Modelo de Regresión: tiempo de diagnóstico

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.205 ^a	.042	.034	9.808	1.938

a. Predictors: (Constant), edad, sexo

b. Dependent Variable: tiempo_de_diagnostico

Tabla T3.

ANOVA: tiempo de diagnóstico

ANOVA ^a					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	1024.634	2	512.317	5.325	.005 ^b
Residual	23474.330	244	96.206		
Total	24498.964	246			

a. Dependent Variable: tiempo_de_diagnostico

b. Predictors: (Constant), edad, sexo

Tabla T4.

Coefficientes del modelo de regresión: creencias sobre la recreación y manejo del tiempo libre

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	3.579	2.394		1.495	.136
1 sexo	.499	1.307	.024	.382	.703
1 edad	.128	.039	.206	3.263	.001

a. Dependent Variable: tiempo_de_diagnostico

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

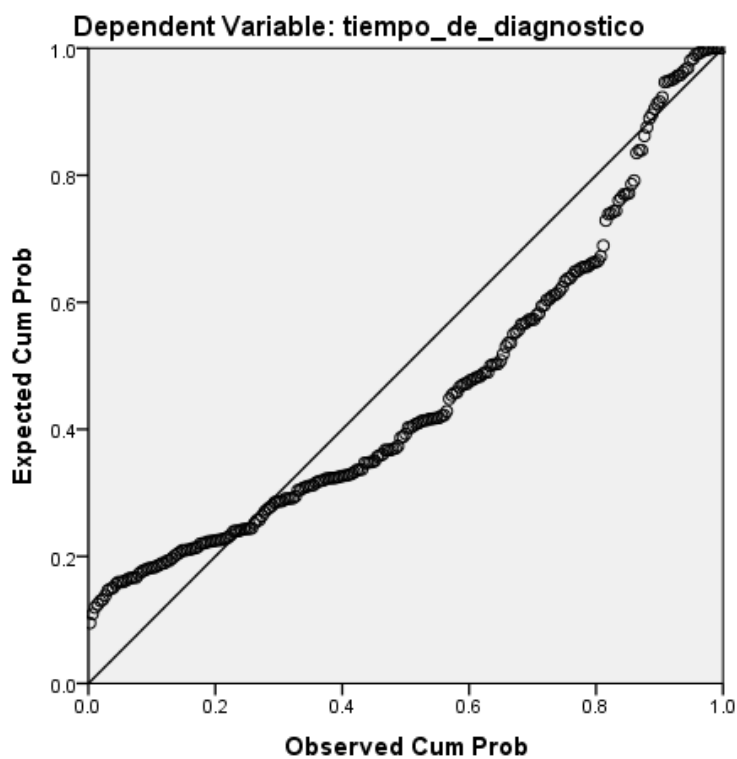


Figura T1. Gráfico P-P Plot: *tiempo de diagnóstico*

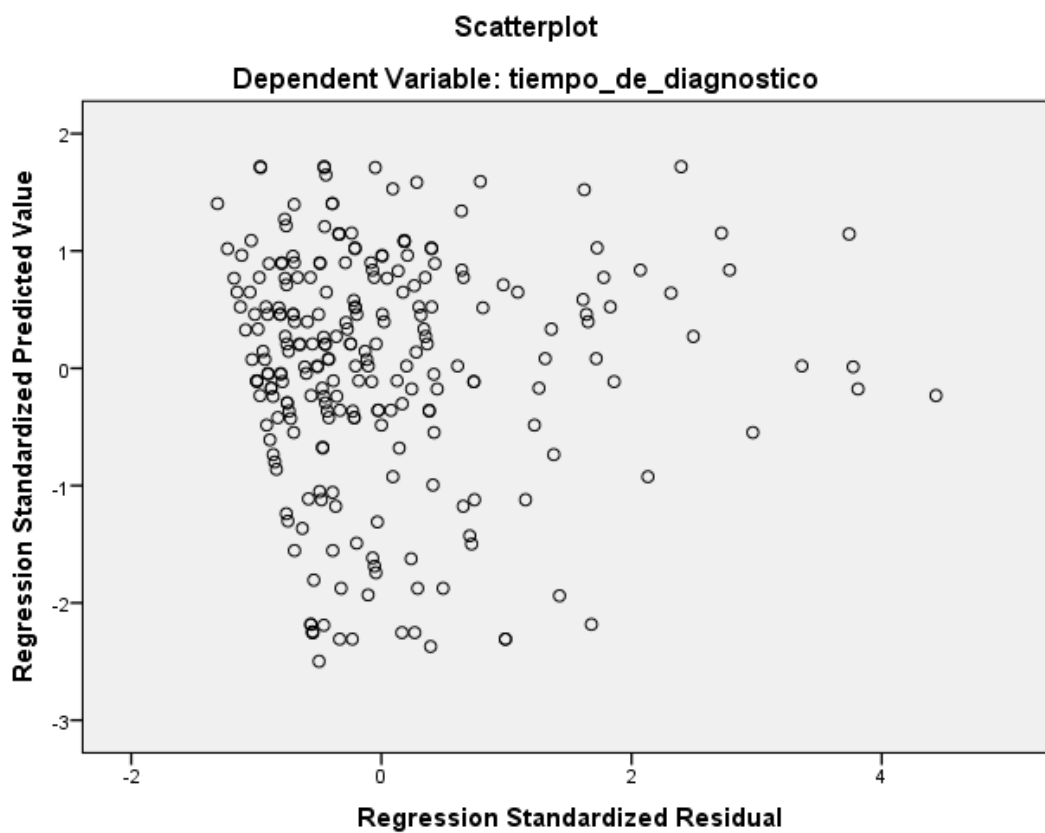


Figura T2. Gráfico Scatterplot: *tiempo de diagnóstico*.