



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

ESTILO DE VIDA Y ESTRÉS EN PACIENTES DE UN CENTRO PSICOLÓGICO
PARTICULAR DE LIMA METROPOLITANA EN CONTEXTO DE COVID-19 – 2021

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA

KATHERINE JANETH ROSALES NOÉ
ORCID: 0000-0002-3202-3093

ASESORA

MAG. KATIA MARILYN CHACALTANA HERNÁNDEZ
ORCID: 0000-0003-0327-6152

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

BIENESTAR PSICOLÓGICO

LIMA, PERÚ, OCTUBRE DE 2022



CC BY-NC-ND

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

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales, sólo permite que otros puedan descargar las obras y compartirlas con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera ni se pueden utilizar comercialmente.

Referencia bibliográfica

Rosales Noé, K. J. (2022). *Estilo de vida y estrés en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.

HOJA DE METADATOS

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Katherine Janeth Rosales Noé
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76268215
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-3202-3093
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Katia Marilyn Chacaltana Hernández
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71076865
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-0327-6152
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Silvana Graciela Varela Guevara
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	47283514
Secretario del jurado	
Nombres y apellidos	Erika Karina Vidal Gutiérrez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08167222
Vocal del jurado	
Nombres y apellidos	Diego Ismael Valencia Pecho
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	46196305
Datos de la investigación	
Título de la investigación	Estilo de vida y estrés en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021
Línea de investigación Institucional	Persona, sociedad, empresa y estado
Línea de investigación del Programa	Bienestar Psicológico
URL de disciplinas OCDE	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Lima, el Jurado de Sustentación de Tesis conformado por los psicólogos colegiados: Mag. Silvana Graciela Varela Guevara como presidenta, Mag. Erika Karina Vidal Gutiérrez como secretaria y el Mag. Diego Ismael Valencia Pecho como vocal reunidos en acto público para dictaminar la tesis titulada:

**ESTILO DE VIDA Y ESTRÉS EN PACIENTES DE UN CENTRO PSICOLÓGICO
PARTICULAR DE LIMA METROPOLITANA EN CONTEXTO DE COVID-19 -
2021**

Presentada por la Bachiller:

ROSALES NOÉ, KATHERINE JANETH

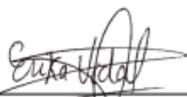
Para obtener el **Título Profesional de Licenciada en Psicología**; luego de escuchar la sustentación de la misma y resueltas las preguntas del jurado, acuerdan:

APROBADA POR UNANIMIDAD

En fe de lo cual firman los miembros del jurado, a dieciocho días del mes de octubre de 2022.



Mag. Silvana Graciela Varela Guevara
C. Ps. P. 24029
Presidenta



Mag. Erika Karina Vidal Gutiérrez
C. Ps. P. 7987
Secretaria



Mag. Diego Ismael Valencia Pecho
C. Ps. P. 24039
Vocal

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo Dra. Katia Marilyn Chacaltana Hernández docente de la Facultad de Ciencias Humanas de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, en mi condición de asesora de la tesis titulada:

“ESTILO DE VIDA Y ESTRÉS EN PACIENTES DE UN CENTRO PSICOLÓGICO PARTICULAR DE LIMA METROPOLITANA EN CONTEXTO DE COVID-19 – 2021”

De la bachiller Katherine Janeth Rosales Noé, constato que la tesis tiene un índice de similitud de 18% verificable en el reporte de similitud del software Turnitin que se adjunta.

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

Lima, 4 de Octubre de 2022



Katia Marilyn Chacaltana Hernández

DNI 71076865

DEDICATORIA

A mis padres y en especial a mi hermano quien, a su manera, me saca una sonrisa y hace que no me estrese tanto con la tesis.

AGRADECIMIENTOS

Al licenciado Oskar Alexander Rayme Velasquez del Centro Psicológico e Investigación PsychéPerú por el permiso y las facilidades brindadas. A las psicólogas Milagros Bustíos y Elena Reyna Márquez por brindarme la autorización de poder utilizar las adaptaciones sus respectivos test. Y a la Mg. Katia Marilyn Chacaltana Hernández por ser mi asesora en la elaboración de esta tesis.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
RESUMO	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Realidad problemática.....	14
1.2. Justificación e importancia de la investigación.....	18
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.3.1. Objetivo general.....	18
1.3.2. Objetivos específicos.....	18
1.4. Limitaciones de la investigación.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudios.....	21
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	21
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	23
2.2. Bases teórico científicas.....	25
2.2.1. Estilo de vida.....	25
2.2.1.1. Modelo de promoción de salud (MPS) de Nola Pender como sustento de la variable de estilo de vida (1996).....	25
2.2.1.2. Otras teorías.....	32
2.2.1.2.1. Modelo de Marc Lalonde (1974).....	32
2.2.1.2.2. Modelo biopsicosocial de George L. Engel (1977).....	33
2.2.1.3. Estilo de vida en pacientes.....	33
2.2.1.3.1. Modelo de creencias sobre la salud de Becker y Maiman (1974).....	33
2.2.2. Estrés.....	34
2.2.2.1. Teoría de Richard S. Lazarus y Susan Folkman como sustento de la variable de estrés (1986).....	34

2.2.2.2. Otras teorías.....	38
2.2.2.2.1. Modelo procensual del estrés de Belloch, Sandín y Ramos (1993).....	38
2.2.2.2.2. Teoría de estrés de Hans Selye (1956).....	39
2.2.2.3. Estrés en pacientes.....	40
2.2.2.3.1. Teoría de incertidumbre de Merle Mishel (1990).....	40
2.3. Definición de la terminología empleada.....	43

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación.....	46
3.1.1. Tipo de investigación.....	46
3.1.2. Diseño de investigación.....	46
3.2. Población y muestra.....	46
3.2.1. Población de estudio.....	46
3.2.2. Tamaño de muestra.....	47
3.3. Hipótesis.....	48
3.3.1. Hipótesis general.....	48
3.3.2. Hipótesis específicas.....	49
3.4. Variables – Operacionalización.....	49
3.5. Métodos y técnicas de investigación.....	52
3.5.1. Instrumento para evaluar estilo de vida.....	52
3.5.2. Instrumento para evaluar estrés.....	55
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	58

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable.....	61
4.1.1. Análisis de los datos.....	61
4.1.2. Prueba de normalidad	63
4.2. Contrastación de hipótesis.....	63

CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión.....	76
5.2. Conclusión.....	82
5.3. Recomendaciones.....	83

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Población de estudio
Tabla 2	Muestra de estudio
Tabla 3	Operacionalización de la variable de estilo de vida
Tabla 4	Operacionalización de la variable de estrés
Tabla 5	Análisis de la muestra según la edad
Tabla 6	Análisis de la muestra según el sexo
Tabla 7	Análisis de la muestra según la ocupación
Tabla 8	Análisis de la muestra según el diagnóstico COVID-19 propio
Tabla 9	Análisis de la muestra según el diagnóstico COVID-19 en familiares
Tabla 10	Prueba de normalidad de la variable estilo de vida
Tabla 11	Prueba de normalidad de la variable estrés
Tabla 12	Correlación entre estilo de vida y estrés
Tabla 13	Niveles de la variable estilo de vida y sus dimensiones
Tabla 14	Niveles de la variable estrés y sus dimensiones
Tabla 15	Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según la edad
Tabla 16	Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según el sexo
Tabla 17	Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según la ocupación
Tabla 18	Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según el diagnóstico COVID-19 propio
Tabla 19	Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según el diagnóstico COVID-19 en familiares
Tabla 20	Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según la edad
Tabla 21	Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según el sexo
Tabla 22	Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según la ocupación
Tabla 23	Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según el diagnóstico COVID-19 propio
Tabla 24	Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según el diagnóstico COVID-19 en familiares

Tabla 25 Correlación entre las dimensiones de estilo de vida y estrés

ESTILO DE VIDA Y ESTRÉS EN PACIENTES DE UN CENTRO PSICOLÓGICO PARTICULAR DE LIMA METROPOLITANA EN CONTEXTO DE COVID-19 – 2021

KATHERINE JANETH ROSALES NOÉ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

Esta tesis tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y el estrés en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19. Fue de tipo correlacional y de diseño no experimental. La muestra de estudio estuvo conformada por 103 pacientes mayores de 18 años. Se utilizó una muestra censal. Los instrumentos usados para la investigación fueron la Escala de Estilo de Vida y la Escala de Estrés Percibido (EEP-10). Esta investigación obtuvo como resultado una correlación altamente significativa entre las variables de estilo de vida y estrés al obtener un valor de $p < 0.01$ en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana, lo que quiere decir que a mayor estilo de vida menor será el estrés o viceversa. Además se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambas variables; según el sexo, el diagnóstico de COVID-19 propio y el diagnóstico de COVID-19 en familiares en la variable de estilo vida, lo que quiere decir que los hombres y las personas quienes obtuvieron un diagnóstico de COVID-19 en ellos mismos y en familiares poseen un estilo de vida saludable, y según el sexo y el diagnóstico de COVID-19 en familiares en la variable de estrés, lo que significa que las mujeres y las personas quienes obtuvieron un diagnóstico positivo en familiares presentan estrés.

Palabras clave: estilo de vida, estrés, COVID-19

LIFESTYLE AND STRESS IN PATIENT OF A PRIVATE PSYCHOLOGICAL CENTER OF LIMA METROPOLITANA IN CONTEXT OF COVID-19 – 2021

KATHERINE JANETH ROSALES NOÉ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The objective of this research was to define the relationship between lifestyle and stress in patients of a private psychological center of Lima Metropolitana in context of COVID-19. The study was a non-experimental design and correlational type. The study sample consisted of 103 patients older than 18 years old. Census sampling was used. The instruments used for the research were the Lifestyle Scale and the Perceived Stress Scale (PSS-10). In the investigation, a highly significant relationship was obtained between the lifestyle and stress variables, obtaining a significance value of less than 0.01 in patients from a particular psychological center in Metropolitan Lima, which means that the greater the lifestyle, the lower it will be stress or vice versa. Statistically significant differences were found in both variables; according to sex, own diagnosis of COVID-19 and diagnosis of COVID-19 in relatives in the lifestyle variable, which means that men and people who obtained a diagnosis of COVID-19 in themselves and in relatives have a healthy lifestyle, and according to sex and the diagnosis of COVID-19 in relatives in the stress variable, which means that women and people who obtained a positive diagnosis in relatives present stress.

Keywords: lifestyle, stress, COVID-19

**ESTILO DE VIDA E STRESS EM PACIENTES EM UM CENTRO PSICOLÓGICO
PRIVADO EM LIMA METROPOLITANA DURANTE NO CONTEXTO EN COVID-19
-2021**

KATHERINE JANETH ROSALES NOÉ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O objectivo desta investigação foi determinar a relação entre o estilo de vida e stress em pacientes em um centro psicológico privado de Lima Metropolitana durante no contexto en COVID-19. Foi um desenho não experimental e do tipo correlacional. A amostra do estudo consistiu em 103 pacientes com mais de 18 anos. Foi utilizada ua amostra censitária, uma vez que todas as unidades da população foram utilizadas. Os instrumentos utilizados para esta investigação foram a Escala de Estilo de Vida e a Escala de Stress Percebido (ESP-10). Na investigação, obteve-se uma relação altamente significativa entre as variáveis de estilo de vida e estresse, obtendo um valor de significância inferior a 0,01 em pacientes de um determinado centro psicológico na região Metropolitana de Lima, o que significa que quanto maior o estilo de vida, menor o estresse ou vice-versa. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em ambas as variáveis; segundo sexo, diagnóstico próprio de COVID-19 e diagnóstico de COVID-19 em familiares na variável estilo de vida, o que significa que homens e pessoas que obtiveram diagnóstico de COVID-19 em si e em familiares têm um estilo de vida saudável, e segundo sexo e o diagnóstico de COVID-19 em familiares na variável estresse, o que significa que mulheres e pessoas que obtiveram diagnóstico positivo em familiares apresentam estresse.

Palavras-chave: estilo de vida, estresse, COVID-19

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 está marcando un antes y un después en nuestro día a día, haciendo que cada persona cambie su estilo de vida para poder cumplir con sus deberes; como consecuencia, algunos de ellos empezaron a sufrir problemas de salud mental al no poder acoplarse a esta “nueva normalidad”, al no tener una solvencia económica estable, al no tener un horario de trabajo fijo y la sobrecarga laboral; además de problemas físicos al estar la mayor parte del día sentado con una mala postura y al exponer la vista a la luz de la computadora por varias horas. Esto es algo que se vio reflejado durante la cuarentena cuando muchas personas fueron despedidas de sus trabajos y otros tuvieron que cerrar sus negocios a falta de consumidores y de dinero para pagar a sus empleadores. A pesar de haber pasado un poco más de un año desde que este virus llegó al Perú, aún las consecuencias psicológicas de esta pandemia siguen repercutiendo.

Las personas tuvieron que realizar sus actividades de forma virtual, ya sea estudios o trabajo, cambiando su rutina y, en algunos casos, su estilo de vida. Muchas de aquellas personas empezaron a sentirse cansados y con temor. Ansiedad, depresión y estrés son algunos efectos negativos que trajo la cuarentena, necesaria para evitar más contagios, y el fallecimiento de sus familiares.

El estrés es una dificultad del factor salud que perjudica a las personas de cualquier grupo etario. Es un tema de atención para muchos profesionales de la conducta humana porque interviene en salubridad de la mente y el cuerpo, además repercute en la área laboral, académica y personal de las personas. (Naranjo, 2009).

El estilo de vida ha sido promocionado a lo largo de los años por los profesionales de la salud; sin embargo, no todas las personas toman la decisión de llevarlo a cabo. Dan excusas como el no tener tiempo para realizar actividad física o

no tener una economía alta para poder comprar productos naturales. Creen que el estilo de vida es para los actores, modelos o famosos en general. Tienen la imagen de una mujer delgada y un hombre musculoso vestidos de ropa y zapatillas deportivas corriendo con alguna bebida energizante en la mano. Sin embargo, todos pueden optar por un estilo de vida sano mejorando la alimentación, bajando la cantidad de sal y azúcar en las comidas, comiendo fruta diariamente, teniendo un momento para descansar después de trabajar, ventilando el espacio de trabajo, etc.

Es por eso que esta tesis se elaboró con el fin de determinar la relación entre el estilo de vida y el estrés en pacientes mayores de 18 años. Fue de diseño no experimental y de tipo correlacional. Asimismo, cabe mencionar que se describe el problema de investigación, la realidad, se formuló el problema y expuso la justificación, también se presentaron objetivos y limitaciones en el primer capítulo. Se expuso el desarrollo del marco teórico, antecedentes internacionales y naciones, las bases teóricas y la definición de los términos empleados en el segundo. Se indicó el marco metodológico, tipo y diseño de la investigación, población, muestra, hipótesis, operacionalización de variables de estudio, métodos y técnicas de investigación y las técnicas de procesamiento y análisis de datos en el tercero. Se mostró el análisis e interpretación de resultados; además de la contrastación de la hipótesis en el cuarto. Se señalaron las discusiones, conclusiones y recomendaciones de la investigación en el quinto. Finalmente, se expusieron las referencias y anexos como el consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico, la escala del estilo de vida y la escala de estrés percibido.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

Después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) declarara pandemia por COVID-19, se realizaron investigaciones para conocer cómo es que la situación sanitaria estaba cambiando o impactando en la salud mental del mundo, una de ellas fue el estudio PSY - COVID-19. Esta investigación fue fomentada por la Universidad Iberoamericana Ciudad de México con ayuda de la Universidad Autónoma de Barcelona en 2020 con la intervención de 15 países (Asociación de Universidades Confiadas a la Compañía de Jesús en América Latina – AUSJAL, 2020); específicamente en Colombia, se observó que el 35% presentó síntomas de depresión y el 29% de ansiedad. El 74% siente que sus ingresos económicos están en peligro y el 69% que no podrá continuar con su empleo o estudios. Además, el 50% señaló que su actividad física desmejoró, el 63% en su actividad laboral y el 49% en sus hábitos de sueño. Se demostró que las poblaciones más afectadas fueron las mujeres, ya que el 31% de ellas dijo tener ansiedad y el 36% depresión, y a las personas de precarios recursos económicos determinar que el 36% tenía ansiedad y 46% depresión. En otro estudio, en el mismo país, obtuvieron como resultado a las personas de sexo femenino (56.3%) y los de sexo masculino (46.9%) presentaban alta sintomatología de ansiedad, el 17% de la población en general tenía depresión severa y 22% depresión moderada (Gallo, 2020).

En el 2020, el Instituto de Seguridad, Salud y Bienestar Laboral, contando con población española (53%), mexicana (20%), ecuatoriana (10%) y colombiana (5%), observaron que el 59% sintieron irritabilidad por trabajar en casa sin respetar el horario normal de trabajo y el 52% tuvieron problemas familiares por esa misma razón. El 41% afirma un aumento de la carga laboral por la complejidad de la tecnología (Gallo, 2020).

La subdirectora general de educación de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Stefania Giannini (2020), explica que la pandemia por COVID-19 no sólo afectó a casi todos los países dejando, hasta esa fecha, más de 2,5 millones de personas con diagnóstico positivo y más 200.000 muertes, sino que también provocó, como ella lo llama, “consecuencias invisibles”; como el confinamiento, el cese de las actividades laborales y educativas y la disminución o pérdida de ingresos económicos, lo que está generando efectos negativos en el bienestar, la salud y la educación. Debido a esta crisis más de 365 millones de niños no están recibiendo la alimentación brindada en sus colegios, por lo que las familias están optando por soluciones desaprobatórias al disminuir comida, además de recurrir al trabajo infantil. También declara que el aprendizaje en casa puede ser una fuente de estrés y/o ansiedad al no contar con los medios tecnológicos requeridos o al tener otras responsabilidades como ayudar con los quehaceres del hogar. Por lo que las consecuencias en la salud mental es un tema que se debe tener muy en cuenta, como se demostró en un estudio realizado por las Naciones Unidas a 6,771 alumnos en Tailandia en el 2020. Los resultados mostraron que de 10 niños y jóvenes, 7 declararon tener estrés, preocupaciones y ansiedad, más de la mitad de los alumnos dijeron que se sienten preocupados por los exámenes, trabajo escolar y estudios futuros y el 7% indicaron violencia doméstica. Por otra parte, se registra un aumento de matrimonios precoces y forzados, embarazos no deseados y un aumento de relaciones sexuales no planificadas con el posible peligro de adquirir alguna infección de transmisión sexual (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2020).

La Organización Mundial de la Salud – OMS realizó un estudio donde calcula que en el año 2020, entre 119 y 124 millones de personas se vieron perjudicadas

económicamente llegando a ser parte de las cifras de pobreza extrema como consecuencia de la pandemia. Como resultado, se ha duplicado el índice de muerte de menores de 5 años quienes son integrantes de familias pobres a comparación de los niños fallecidos de familias con recursos económicos altos; además del descenso de la esperanza de vida en países con poblaciones de bajos ingresos. Todo eso como reflejo del cambio de las condiciones de vida, al no tener acceso a la salubridad, dinero y otros recursos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

En el Perú, el Instituto de Salud Mental – INSM, realizó un estudio en Lima Metropolitana en el 2021 para poder conocer las consecuencias en la salud mental en adultos causadas por la pandemia. El estudio mostró que el 52,2% de los participantes presentó estrés moderado y severo provocado por problemas económicos, familiares y de salud, y el 54.6% presentó problemas para dormir (Ministerio de Salud [MINSA], 2021).

El MINSA manifestó, según el estudio realizado en el año 2020 por profesionales de la nutrición del Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud, durante la cuarentena el 55.4% de los participantes mayores de 18 años tuvo un aumento de la necesidad de comer y que en comparación con un mes sin confinamiento el 39.9% ha comido más. Asimismo, el 51% cambió las cantidades de comida en su plato durante el aislamiento por ansiedad y estrés (39%), por pasar más tiempo en casa (35%) o por preparar nuevas recetas (18%). El estudio también reveló cambios de hábitos como dormir menos horas (61.2%), consumir alimentos frente al televisor, celular u otro dispositivo electrónico (61.2%), cambios de la actividad física durante la cuarentena (81.2%) y merma de la actividad física (65%). El 60 % de las personas con sobrepeso mencionaron tener más apetito, además de variación en su estilo de vida como la disminución de horas de sueño (Ministerio de Salud, 2021).

El psicólogo Erick Pérez Vásquez del Seguro Social del Perú - EsSalud señala el aumento de las consultas médicas en un 40% por motivos de depresión, estrés y ansiedad durante diciembre del año 2020 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati del Seguro Social. El fallecimiento de algún ser querido, problemas personales, falta de empleo y recursos económicos y preocupación por el futuro son los motivos de consulta más recurrentes. También indica que este porcentaje son en su mayoría de personas que no fueron atendidas anteriormente por causas de salud mental y de personas que presentan síntomas intensificados (El Peruano, 2020).

En una investigación realizada por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de Salud en el 2020, reveló que el 55.7% tienen dificultades para dormir, el 44% siente falta de energía o cansancio, el 42.8% tiene problemas de apetito, el 35.5% tienen problemas de concentración y el 13.1% tiene ideas o pensamientos suicidas (Instituto nacional de Salud mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2020).

Con lo antes mencionado, se presenta la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es la relación entre el estilo de vida y el estrés en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 - 2021?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

La presente tesis busca determinar la relación entre el estilo de vida y el estrés e informar sobre el alcance del estilo de vida y del estrés, al observarse el incremento de problemas psicológicos en lo que va de la pandemia.

A nivel teórico, se analizaron conceptos y teorías que intentan desarrollar la importancia del tema bajo el enfoque de la situación actual.

A nivel metodológico, se emplea el tipo de investigación correlacional y herramientas asociadas a determinar la relación entre las variables de estudio.

A nivel práctico, los resultados permitirán generar la elaboración de proyectos para el control del estrés y el mejoramiento del estilo de vida, de esa forma disminuir las problemáticas que tienen relación con la salud mental.

A nivel social, la investigación hace empleo de factores sociales como el estilo de vida y el estrés, lo cual hace que sea un tema de interés público sin importar la condición económica o el rango de edad.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. *Objetivo general*

Determinar la relación que existe entre el estilo de vida y el estrés en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.

1.3.2. *Objetivos específicos*

a. Establecer la clasificación de la variable estilo de vida y sus dimensiones, en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.

- b. Establecer las categorías de la variable estrés y sus dimensiones, en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.
- c. Identificar las diferencias significativas que existen la variable de estilo de vida y sus dimensiones, según sexo, edad, ocupación, diagnóstico de COVID-19 y diagnóstico de COVID-19 en familiares de los pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.
- d. Identificar las diferencias significativas que existen en la variable de estrés y sus dimensiones, según sexo, edad, ocupación, diagnóstico de COVID-19 y diagnóstico de COVID-19 en familiares de los pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.
- e. Determinar la relación entre dimensiones de estilo de vida y estrés en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.

1.4. Limitaciones de la investigación

El primero es la restricción de edad, ya que sólo se tomará en cuenta a la población cuya edad sea a partir de 18 años; además de su predisposición para responder los cuestionarios, la cual sería la segunda limitación. La tercera y última limitación es la poca cantidad de estudios o antecedentes relacionados a este tema de investigación y al contexto referido a muestra.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Antecedentes internacionales

Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) analizaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión cuando se presentó la COVID-19; además de los niveles de síntomas psicológicos según el confinamiento, cronicidad y edad. Su muestra estuvo constituida por 976 personas del norte de España, y se les administró la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS). Los resultados manifestaron que la población joven y la población que padecen enfermedades crónicas refirieron la sintomatología más alta a partir del confinamiento.

Rivas-Castro et al. (2020) determinaron el estilo de vida de 105 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una institución de salud colombiana, utilizando el Instrumento de medición de estilo de vida (IMEVID). Este dio como resultado que los pacientes señalan un estilo de vida no sano.

Herrero et al. (2019) identificaron los niveles de estrés y la vulnerabilidad a 94 participantes quienes padecían bruxismo de una clínica de Cuba. Aplicaron el Cuestionario de vulnerabilidad al estrés, el cual dio como resultado que los pacientes quienes padecen bruxismo son severamente indefensos al estrés y que presentan niveles altos del mismo.

Bernal et al. (2018) identificaron el nivel y la percepción de estrés que provocan al estar en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Elaboraron la investigación con 353 pacientes de una institución de salud de Colombia. Utilizaron la Escala de factores estresantes experimentados por los pacientes en la UCI. Se demostró los pacientes (13%) presentaron estrés moderado o alto, concluyendo que en general es poca o nada.

Hernández de la Rosa et al. (2018) determinaron la relación del estilo de vida y el control de la hipertensión arterial. La muestra estudiada fueron 306 pacientes de una unidad de medicina familiar en México. Se les administró el Instrumento fantastic. El resultado estableció la presencia de una relación significativa en el monitoreo de la hipertensión y el estilo de vida.

Mena (2017) señaló la correlación entre estrés y la autoeficacia del apego al tratamiento en pacientes quienes asisten a un programa de salud en Chile. En esta investigación participaron 141 pacientes hipertensos. Para el acopio de información usó el formulario sobre antecedentes de salud y sociodemográfico, la Escala spanish chronic disease self-efficacy (SEMCD-S), la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y la Escala de conductas en salud de Miller. Sus resultados indicaron que la adherencia se vincula negativamente con el estrés y significativamente con la autoeficacia.

Bedoya et al. (2017) determinaron la correlación del deterioro cognitivo y estrés de pacientes de un hospital de Colombia. Contaron con 43 pacientes quienes padecían esquizofrenia (36 hombres y 7 mujeres). Se les aplicó la Escala de estrés percibido (PSS), el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI), la Escala de evaluación cognitiva de Montreal (MOCA) y la Escala de depresión de Calgary para esquizofrenia (CDSS). No obtuvieron relación entre el deterioro cognitivo y el estrés.

Burbano (2017) describió el estilo de vida y el nivel de calidad de vida. Participaron 151 pacientes de un hospital de Colombia, se les administró el Instrumento fantástico y el Cuestionario de Salud (SF-36). El estudio dio como resultado que los pacientes evaluados presentan buenos niveles de calidad de vida y muestran un estilo de vida saludable.

Quezada (2017) estableció la correlación de hábitos alimenticios, estrés y gastritis a 60 pacientes de un hospital de Ecuador. Se les administró el Test de hábitos alimenticios y el Test de estrés. Los resultados que obtuvieron señalaron que no se evidenció la relación entre el estrés y los hábitos alimenticios con la gastritis.

Toasa (2017) determinó la relación entre el estrés y las estrategias de afrontamiento. Su población estuvo constituida por 45 pacientes quienes presentan insuficiencia renal crónica de un instituto de seguridad social de Ecuador, y se les aplicó el Inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) y la Escala de estrés percibido (EEP). Halló la correlación del estrés y las estrategias de afrontamiento.

Sánchez-Cruz et al. (2016) identificaron la correlación entre el estrés y la depresión relacionado con el vínculo del tratamiento de 101 personas con la enfermedad de diabetes mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar de México. Utilizaron el Test de Zung para la depresión, el Test de Morinsky-Green Levine para el estrés y el Test de Holmes-Rae para la adherencia. En sus resultados encontraron que el estrés tiene una relación significativa al desinterés del tratamiento.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Callapiña-De Paz et al. (2022) determinó la relación de la diabetes y la hipertensión arterial y el estilo de vida durante la pandemia por Covi-19 en una muestra de 158 pacientes de un centro de atención de urgencias de Lima. Aplicaron el Perfil de estilo de vida de Nola Pender, el Instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos y la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, el tratamiento y el control de la enfermedad hipertensiva arterial y la diabetes mellitus del Ministerio de salud del Perú. En los resultados obtuvieron una relación significativa entre el estilo de vida y la hipertensión arterial y la diabetes.

Avendaño (2021) determinó la correlación del estrés y estilo de vida en 180 pacientes quienes presentan hipertensión arterial de un centro de salud en Piura. Para esta investigación aplicó el Cuestionario de estilos de estrés de Ledesma y el Cuestionario de estilos de vida de Anchante, obteniendo la correlación significativa entre el estilo de vida y el estrés.

Pairazaman (2021) estableció la relación entre calidad y estilo de vida. Contó con una población de 115 pacientes con diabetes tipo-2 de un centro de salud de Trujillo. Administró el Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL) y el Cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS-I). Obtuvo como resultado una relación significativa entre las variables.

Mendoza (2020) señaló la relación entre los síntomas de estrés percibido y de depresión y la salud metabólica de 82 pacientes de un hospital de Arequipa. Utilizó la Escala de estrés percibido (PSS), Escala de manifestaciones depresivas (PHQ-9 patient health questionnaire) y una ficha de recolección de datos. Obtuvo una relación significativa entre el aumento de la circunferencia de cintura y los síntomas depresivos en hombres y mujeres, y una relación significativa entre el aumento de la circunferencia de cintura y el estrés percibido en mujeres.

Asenjo-Alarcón (2020) determinó la relación entre el control metabólico y el estilo de vida de 102 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un centro médico de Cajamarca. Se les aplicó la Guía de interpretación diagnóstica para el control metabólico y el Instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID) para el estilo de vida, los cuales obtuvieron una correlación altamente significativa entre el estilo de vida y el control metabólico.

Salazar (2019) señaló el estilo de vida de los pacientes en dos hospitales de Huánuco. Participaron 294 pacientes, y resolvieron el Cuestionario de estilo de vida

(CEV-Essalud). No obtuvo evidencia de la existencia de diferencias significativas del estilo de vida por establecimiento y se encontró una mayor cantidad de porcentaje del estilo de vida en peligro entre la población en general.

Puican (2019) determinó el estilo de vida de 120 pacientes con hipertensión de un centro de salud de Lima. Administró el Cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS-I); el cual dio como resultado, la mayor parte de pacientes presentó un estilo de vida no saludable en las dimensiones nutrición, responsabilidad de la salud, ejercicio y manejo del estrés.

Carrillo (2016) indicó la relación del estrés y el estilo de afrontamiento. Los participantes fueron 150 pacientes con depresión de una institución mental de Lima. Se les administró el Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE) y el Cuestionario de reacciones al estrés, obteniendo como resultado la relación entre las variables.

2.2. Bases teórico científicas

2.2.1. Estilo de vida

2.2.1.1. Modelo de Promoción de Salud (MPS) de Nola Pender (1996) como sustento de la variable de estilo de vida.

Según Pender (1996) el estilo de vida es una agrupación de hábitos que están asociadas con la salud de la persona, incluyendo su desarrollo y bienestar (como se citó en Trejo et al., 2016).

El modelo de promoción de salud (MPS) teoría humanística influenciada por el Modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather y la Teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (Aristizábal-Hoyos et al., 2018).

Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977).

Bandura (1977) señala el gran valor del elemento social en el aprendizaje del ser humano y en el incremento de nuevas conductas. Es el desarrollo del aprendizaje

por observación, ya que el niño observa e imita las conductas de personas llamados “modelos”. La conducta imitada o copiada se reforzará según la aprobación o rechazo de sus semejantes (padres y/o amigos) (como se citó en Guerri, 2021). También propone que el refuerzo no siempre interviene en todos los tipos de aprendizaje, ya que en algunos casos las personas adquieren conocimientos de temas mediante terceras personas o en donde no se tuvo alguna experiencia directa. Además, estableció tres conceptos principales, las cuales son base de su teoría:

- **Las personas pueden aprender mediante la observación:** El concepto se probó mediante un experimento llamado “Experimento del muñeco Bobo”. En este experimento se expuso a un grupo de niños de forma individual a una situación donde un “modelo adulto” golpeaba al muñeco Bobo, cuando se les dijo a los niños que podían jugar con dicho muñeco, ellos lo trataron de la misma forma agresiva que habían observado en el “modelo adulto”, por lo que se llegó a la conclusión que los niños quienes son expuestos a situaciones agresivas tienen mayor predisposición a actuar violentamente por lo observado y aprendido, que los niños quienes no fueron expuestos a tales situaciones.

Bandura determinó tres modelos de aprendizaje mediante la observación:

- ✓ **Modelo vivo:** Persona que demuestra o realiza una conducta.
- ✓ **Modelo de instrucción verbal:** Explicación o descripción de una conducta.
- ✓ **Modelo simbólico:** Conducta manifestada por personajes reales o ficticios de las películas o libros.
- **Los procesos cognitivos intervienen en el aprendizaje:** El refuerzo externo no es el único agente o elemento que influye en el aprendizaje, sino también el refuerzo intrínseco; es ahí donde las cogniciones actúan, el pensamiento positivo y el sentido del logro son parte de la recompensa interna. Es por eso que Bandura

describe su teoría como un enfoque cognitivo social, ya que la observación por sí sola no siempre influye en el aprendizaje, sino que también interviene la motivación y las cogniciones.

- **El aprendizaje no siempre conlleva a una variación del comportamiento:** El aprendizaje se refleja en la ejecución de una nueva conducta, sin embargo esta teoría expone que las personas pueden aprender nuevos conocimientos sin manifestar nuevas habilidades o conductas.

En el modelado o aprendizaje por observación es necesario la intervención un "modelo" para observar y recopilar información de su comportamiento, como resultado se tendrá la imitación de lo observado. Las opciones de "modelo" para los niños son sus padres o personas que consideran cercanas o semejantes a ellos. Por lo general, se da que los niños imitan a personas de su mismo sexo. Después de observar y copiar, el niño necesita un refuerzo que estime como satisfactorio para sea probable que repita la misma acción. Si el niño considera que el refuerzo no satisface sus necesidades, no repetirá la acción. A esto se le une el concepto de reforzamiento vicario, el cual se da cuando el niño observa y decide imitar una conducta por la que el "modelo" obtiene alguna recompensa, ya que los niños también tienen presente lo que le ocurre a la otra persona antes de copiar o no la conducta.

Esta teoría también señala que los niños no imitan sin motivo, sino que al intervenir los procesos cognitivos, existe un proceso de mediadores entre la observación y la imitación. Los cuales son cuatro:

- **Atención:** Captación de los sentidos hacia un estímulo de considere interesante.
- **Retención:** Almacenar información del estímulo observado.

- **Reproducción:** Ejecución de la conducta. Mediante la repetición puede mejorarla o desarrollarla.
- **Motivación:** Refuerzo de la conducta (Vergara, 2020).

Modelo de valoración de expectativas de la motivación humana o Modelo de expectativa y valor de Feather (1982).

Feather (1982) menciona que el esfuerzo que el ser humano dedica al realizar alguna conducta se debe al:

- Nivel que considera suficiente para la ejecución correcta de la tarea y, como consecuencia, el nivel de recompensa asociada. La persona no se esforzará en alguna tarea que no le complace y que no le da el resultado que espera, sin importar la satisfacción que le cause durante el desarrollo de la misma.
- Nivel de evaluación de la retribución y su probabilidad de intervención durante la ejecución de la tarea. La persona no empleará esfuerzo en una tarea deseada si considera que no podrá realizarla correctamente por más que lo intente.

Es por eso que cuando las personas realizan tareas que no consideran satisfactorias, es probable que experimenten reacciones cognitivas y afectivas negativas (como se citó en Fundación Educativa Activa-t, 2015).

Este modelo teórico se basa en la Teoría de expectativa-valor de Atkinson (1964), la cual explica la motivación humana bajo la perspectiva cognitiva. La teoría nos menciona que la ejecución de una acción se determina según las expectativas del incentivo y por el valor que se le da a dicho incentivo; por lo que está relacionada con la necesidad de logro, y combina los conceptos de valor, necesidad y expectativa. También plantea que la exteriorización de la conducta es el resultado de:

- **Motivos:** Disposición de la persona que le impulsa a esforzarse para resolver alguna tarea y sentirse satisfecho por lograrlo o por evitar el fracaso.
- **Expectativas:** Las expectativas o la posibilidad de éxito revela la probabilidad que la persona percibe de lograr una meta ejecutando alguna acción.
- **Valor de incentivo de la tarea:** Valor determinado según el nivel de obstáculo de la situación.

En otras palabras, la predisposición a realizar conductas que den un resultado de éxito se da por la intervención de la motivación o expectativa de la persona por alcanzar el éxito (Ruiz, 2019).

Permite entender el comportamiento humano en relación a la salud, además de ser una guía de las conductas saludables. Considera la interrelación del ser humano con su entorno y sus experiencias, y cómo éstas la dirigen a obtener conductas de salud (Aristizábal-Hoyos et al., 2018).

Está apoyado en la promoción de la salud, las cuales ayudan al incremento de conductas que perduren o aumenten el bienestar de la persona. Se inicia alrededor de una unión de una conducta y las bases de la enfermería, definiendo las conductas saludables (Trejo, 2010).

El modelo plantea que la evaluación de las creencias en salud asociadas con las experiencias y conocimientos, resultan la admisión de conductas. Las creencias sobre la salud se dan por:

- Los beneficios de realizar la conducta o los resultados de la misma. Influyen en la motivación para adquirir alguna conducta saludable.
- La existencia de barreras conductuales. Estas barreras pueden ser:
 - Personales
 - Ambientales

La promoción de la salud ayudará a precisar la situación sobre la salud del ser humano, le dará la posibilidad de identificar los aspectos negativos de la misma y diseñar medios que faciliten el cambio o la disminución de conductas no saludables o de peligro a nivel mental, físico y social.

- La autoeficacia. Concepto que proporciona recursos que posibilita la percepción, regulación y evaluación de alguna conducta, disponiendo a la persona a repetir la conducta que domina o en la cual se siente competente para realizarla.
- Las motivaciones, emociones, propósitos o deseos que la persona considera y que fomentan la ejecución de la conducta, es por eso que se debe ejecutar actividades que la persona considere agradables mientras se modifica la conducta no saludable.
- La influencia situacional e interpersonal. Aspectos importantes para el origen de la motivación. La familia, amigos y el entorno en general influyen en las acciones que realiza la persona, incluyendo en la adquisición de conductas saludables. Las opiniones positivas, la aceptación y el apoyo son fundamentales en el nivel de confianza al realizar alguna actividad; si la persona recibe rechazo, es probable que tenga dificultades y cree barreras (Giraldo et al., 2010).

Diagrama del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Presenta tres dimensiones:

- **Aspectos personales:** Experiencias y características de la persona.

Se divide en dos:

- **Conducta previa relacionada:** Cantidad de veces en la que se realizó la conducta y sus efectos negativos y positivos de las posibilidades de involucrarse en las conductas saludables.

- **Factores personales:** Factores asociados a la persona que interfieren en la relación con su ambiente para desarrollar conductas saludables. Pueden ser: Factores psicológicos, factores socioculturales y factores biológicos.
- **Comprensión del proceder determinado:** Elementos principales del modelo que se asocian con los aspectos emocionales y cognitivos.
Se divide en seis:
 - **Percepción de beneficios de la acción:** Resultados positivos que se producirían si se realiza la conducta saludable.
 - **Percepción de barreras para la acción:** Evaluación de los inconvenientes personales que podrían interferir en la realización de la conducta saludable.
 - **Percepción de auto-eficacia:** Percepción del compromiso de la persona para la ejecución de la conducta saludable.
 - **Afectos relacionados de la actividad:** Aspectos emocionales positivos o negativos hacia la conducta saludable.
 - **Influencias personales:** Intervención y apoyo de amigos o personas cercanas en la toma de decisión para ejecutar la conducta saludable.
 - **Influencias situacionales:** Percepción que tiene la persona de cualquier situación que favorece o imposibilita la conducta saludable.
- **Resultado conductual:** Resultado deseado.
 - **Responsabilidad del proyecto a realizar:** Influye:
 - **Demandas/preferencias en competencia en el momento:** Las demandas son opciones en donde el individuo tiene bajo control por circunstancias del entorno, y las preferencias son alternativas que posibilitan un control alto al poder elegir.
 - **Conducta promotora de salud:** Realización de la conducta saludable (Aristizábal-Hoyos et al., 2018).

2.2.1.2. Otras teorías.

2.2.1.2.1. Modelo de Marc Lalonde (1974).

El modelo de Lalonde establece la existencia de factores o elementos que determinan la salud y que se asocian con el estilo de vida. Estos factores son:

- **Factores biológicos:** Aspectos psicológicos y físicos que son parte de la persona.
 - Ritmos biológicos
 - Factores biológicos
 - Historias de vida
- **Estilos de vida:** Conductas influyentes sobre la salud.
 - Tipo de alimentación
 - Costumbres
 - Nivel de formación
 - Creencias
 - Valores
 - Procesos de trabajo
 - Roles
 - Relaciones familiares
 - Conductas insanas (estrés, falta de ejercicio, consumo de drogas, consumo excesivo de grasas saturadas)
- **Organización de los servicios sanitarios:** Recursos asociados a las demandas sanitarias de la persona.
 - Calidad
 - Accesibilidad (administrativa, económica, cultural, geográfica)

- **Entorno:** Aspectos ambientales donde la persona tiene un control limitado y que influyen en su salud.
- Geográfico (vegetación, clima)
- Demográfico (económico, tipo, población)
- Ambiental (químico, económico, físico)
- Político (leyes, distribución de recursos) (Velasco-Benítez, 2015).

2.2.1.2.2. Modelo Biopsicosocial de George L. Engel (1977).

El modelo biopsicosocial de Engel tiene un enfoque holístico y nace como una nueva propuesta al modelo biológico tradicional. Señala que los elementos biológicos, psicológicos y sociales influyen en el contexto de enfermedad, discapacidad o trastorno y en el fomento y bienestar de la persona.

- **Factores biológicos:** Aspectos relacionados con las causas de la enfermedad física, su anatomía y genética.
- **Factores psicológicos:** Abarca los procesos cognitivos, procesos afectivos y factores espirituales que influyen el pensamiento y comportamiento de la persona.
- **Factores sociales:** Afrontamiento de problemas físicos y emocionales, como: la situación económica, enfermedad y discapacidad (Ruiz, 2020).

2.2.1.3. Estilo de vida en pacientes.

2.2.1.3.1. Modelo de creencias sobre la salud de Becker y Maiman (1974).

El modelo de creencias sobre la salud de Becker y Maiman se fundamenta en el componente cognitivo-perceptivo, y explica la aptitud del ser humano para acoger conductas saludables.

Este modelo se compone de tres elementos:

- **Percepciones individuales:** Se divide en dos componentes:
 - Sensación de la posibilidad de estar enfermo.

- Gravedad percibida como consecuencia de la enfermedad.
- **Factores modificantes:** Formado por:
 - Variables demográficas y psicosociales
 - Creencias asociadas a la acción
- **Probabilidad de acción:** Acoger hábitos saludables para la prevención de alguna enfermedad, dependiendo de los aspectos negativos y positivos de ejecutarla (Ruiz, 2019).

Se apoya en tres factores:

- Creencia o percepción de una situación vista como importante o grave.
- Creencia o percepción de ser vulnerable al problema.
- Creencia o percepción de ejecutar alguna acción que tendrá un resultado beneficioso (Triviño y Sanhueza, 2005).

2.2.2. Estrés

2.2.2.1. Teoría de Richard S. Lazarus y Susan Folkman (1986) como sustento de la variable de estrés.

Según Lazarus y Folkman (1986), el estrés es el conjunto de respuestas que tiene el ser humano ante una situación que considera amenazante. Es la relación del individuo con su entorno percibido como un peligro para su bienestar, y que está vinculado con su afrontamiento (como se citó en Berra et al., 2014).

Los autores propusieron que el estrés es sinónimo de problemas a gran escala a nivel individual en las áreas físicas y psicológicas, y a nivel colectivo porque afecta la relación de la persona con la sociedad. La base de su teoría es la importancia de la valoración cognitiva y el afrontamiento que ejecute el individuo, ya que todos pueden tener problemas similares, sin embargo cada uno de ellos puede percibirlos

y afrontarlos de formas distintas; además fundamentaron su teoría en la interacción del individuo con su ambiente (Cuevas-Torres y García-Ramos, 2012).

La teoría de Lazarus y Folkman (1986) es un modelo transaccional que estudia la relación de una respuesta del organismo expuesta a alguna situación estresante, además toma en cuenta a los procesos cognitivos que surgen ante dicho estímulo, y plantea que el proceso de afrontamiento se asocia al contexto. Señala que la influencia del estrés hacia la persona depende de su evaluación de agente estresor y de sus recursos sociales y personales (como se citó en Ruiz, 2019). La evaluación del agente estresor se divide en tres:

- **Evaluación primaria:** La persona determina si la situación puede o no ser controlada mediante cuatro formas, las cuales son:
 - **Valoración de la amenaza:** El individuo se adelanta ante el riesgo probable.
 - **Valoración de desafío:** La persona evalúa la amenaza y determina la existencia de alguna posible posibilidad de ganar.
 - **Evaluación de pérdida:** Se da cuando la amenaza causó algún daño en la persona.
 - **Valoración de beneficio:** La situación problemática no genera respuestas relacionadas al estrés.
- **Evaluación secundaria:** La persona busca formas o estrategias de afrontamiento para resolver la situación determinando sus recursos. En esta evaluación se percibe la intensidad en la respuesta emocional. Los efectos que causa el estrés son:
 - Fisiológicas, como la respiración rápida, el incremento de la presión sanguínea, la boca seca, etc. Las consecuencias de este tipo de reacción puede ser negativa

a largo plazo porque disminuye las defensas del cuerpo, y por lo tanto la persona se vuelve vulnerable ante cualquier enfermedad.

- Emocionales, como ansiedad, depresión e irritabilidad, generando problemas en la salud mental.
- Cognitivas, como la preocupación y la negación, afectando las relaciones de la persona y su rendimiento personal.
- **Evaluación terciaria o reevaluación:** La persona realiza una observación de las evaluaciones anteriores para corregirlas si fuese necesario.

Los aspectos que generan estrés pueden ser por causas sociales, ambientales o personales, y el nivel de la reacción ante el estrés se fundamenta en la evaluación que realiza el individuo. Un evento negativo no siempre tendrá consecuencias negativas, siempre cuando la persona determine que posee los recursos o habilidades a para afrontarla (Solís y Vidal, 2006).

Esta teoría explica la relación entre el estrés y el pensamiento. Examina los procesos cognitivos que se presentan ante un problema o situación estresante y el vínculo del individuo con su ambiente, pues el medio ambiente realiza demandas a las que la persona debe hacer frente evaluándola o valorándola. Al final de la valoración se puede concluir si el evento es importante o no; si decide que es importante, se inicia un proceso emocional que puede llevar al estrés. Las evaluaciones permiten percibir a la situación como:

- **Desafío o reto:** La persona determina que posee los recursos necesarios para obtener un resultado satisfactorio, generando sentimientos de logro.
- **Amenaza:** La persona establece que no dispone con los recursos necesarios, por lo que surge una disminución de la capacidad de afrontamiento, provocando respuestas pocas o nada efectivas (Sánchez, 2020).

Estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman.

Las estrategias de afrontamiento planteadas por los autores son:

- **Estrategia orientada al problema:** Proceso analítico que hace uso de nuevos recursos para poder controlar la situación que pone en riesgo el equilibrio entre el ser humano y su ambiente. El proceso que comúnmente se sigue es determinar el problema, la búsqueda de alternativas y su evaluación según sus efectos positivos y negativos, la elección de la alternativa final y su aplicación. Al mismo tiempo, esta estrategia se divide en dos:
 - **Afrontamiento activo:** Acción directa hacia el problema.
 - **Afrontamiento demorado:** Se busca el momento apropiado para actuar.
- **Estrategia orientada a la emoción:** Trata de modificar la interpretación negativa del problema regulando las emociones. Usualmente la persona evita el estímulo estresante analizándolo muchas veces o actuando sólo sobre los aspectos positivos, por lo que este tipo de afrontamiento aparece al llegar a la deducción de que la naturaleza del problema no puede ser cambiada. El apoyo social emocional, la reinterpretación positiva, el desahogo de las emociones, el apoyo en la religión, la liberación cognitiva realizando otras actividades son opciones que las personas buscan y que están asociadas a este tipo de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1986) señalan que el afrontamiento dirigido al problema es más beneficioso en la mayoría de contextos en la vida del individuo, sin embargo las personas que recurren al afrontamiento orientado en la emoción o que buscan la empatía de otros y apoyo emocional suelen presentar salud mental y mayor desarrollo emocional (como se citó en Di-Colloredo, Aparicio y Moreno, 2007).

Además, plantearon otras estrategias de afrontamiento que derivan de las antes mencionadas. Las dos primeras estrategias derivan de la estrategia orientada al problema, las cinco siguientes derivan de la estrategia orientada a la emoción y la última se basa en ambas estrategias. Estas son:

- **Confrontación:** La persona intenta modificar la situación.
- **Planificación:** La persona evalúa el problema y establece soluciones.
- **Aceptación de la responsabilidad:** La persona reconoce su propio papel dentro del problema.
- **Distanciamiento:** La persona realiza esfuerzos por alejarse del problema, de esa forma evita las consecuencias negativas que podrían producir en él.
- **Autocontrol:** La persona procura regular y controlar sus emociones y acciones.
- **Re evaluación positiva:** La persona se centra en los aspectos positivos del problema.
- **Evitación o escape:** Este tipo de afrontamiento se da a nivel conductual. La persona inicia con hábitos negativos como el de consumir drogas o tomar medicamentos.
- **Necesidad de soporte social:** El individuo recurre a terceros con el objetivo de recibir consejos, apoyo emocional o información complementaria para solucionar el problema (Alcoser, 2012).

2.2.2.2. Otras teorías.

2.2.2.2.1. Modelo procesual del estrés de Belloch, Sandín y Ramos (1995).

Belloch et al. (1995) proponen siete etapas que conforman este modelo, las cuales son:

- **Demandas psicosociales:** Aspectos ambientales o psicosociales que causan estrés.

- **Evaluación cognitiva:** Valoración de las situaciones importantes e irrelevantes. Según el resultado de la valoración, la persona concluirá si la situación podrá ocasionar un desequilibrio.
- **Respuesta de estrés:** Reacción psicológica y fisiológica por medio de respuestas emocionales.
- **Estrategias de afrontamiento:** Medios cognitivos y de la conducta que la persona hace uso, así enfrentar la situación que considera estresante. Estas estrategias son:
 - Confrontación
 - Autocontrol
 - Distanciamiento
 - Aceptación de la responsabilidad
 - Búsqueda del apoyo social
 - Formulación de una solución
 - Escape o evitación
 - Revalorización positiva
- **Factores influyentes:** Aspectos que intervienen en la situación.
- **Apoyo social:** Grupo de ayuda que contribuye a enfrentar el problema.
- **Estatus de salud:** Resultado de las anteriores etapas (como se citó en Lévano, 2003).

2.2.2.2.2. Teoría de estrés de Hans Selye (1956).

Esta teoría menciona que el estrés es una respuesta biológica, la cual trae consigo reacciones hormonales responsables del comportamiento referido a un estado de angustia.

El síndrome general de adaptación (SGA) de Selye.

El síndrome general de adaptación (SGA) se da al no tener los recursos para enfrentar el problema, este supera su resistencia resultando perjudicial. Sin embargo, el autor entiende al entrés como un aspecto importante para el funcionamiento del organismo que permite el avance de la persona, excepto cuando se convierte en algo inadecuado o desadaptativo. Este síndrome se divide en tres fases:

- **Fase de alarma:** Fase que se manifiesta a nivel fisiológico e inmediatamente después de la situación estresante. La persona debe superar esta primera fase para finalice el curso del síndrome, de caso contrario continuaría a la segunda fase.
- **Fase de resistencia:** La manifestación fisiológica de la primera fase continúa en menor grado y por más tiempo. La defensa de la persona es mayor por la adaptación al agente estresor, por lo que la manifestación disminuye hasta desaparecer. En esa fase sucede igual que en la anterior, si la persona supera la crisis, ya no pasaría fase que continúa.
- **Fase de agotamiento:** La persona considera que no posee más recursos, como consecuencia decae su capacidad de adaptación al agente estresor y resurgen los síntomas de la primera fase. En esa fase, la persona se vuelve vulnerable a las enfermedades, además necesitará de un tiempo de descanso prolongado para recuperarse de las consecuencias del estrés (Ruiz, 2019).

2.2.2.3. Estrés en pacientes.

2.2.2.3.1. Teoría de incertidumbre de Merle Mishel (1990).

La teoría de la incertidumbre evalúa las respuestas que tienen la persona ante la enfermedad propia o la de algún familiar. Expone la intervención de las funciones cognitivas hacia el contexto de la enfermedad.

Esta teoría está compuesta por tres elementos:

- **Antecedentes de incertidumbre:** Percepción de la enfermedad. Se divide en:
 - **Patrón de síntomas:** Nivel estabilidad en el que aparecen los síntomas.
 - **Familiaridad del evento:** Frecuencia de la situación experimentada. Se asocia con otros eventos al reconocimiento de la situación como habitual.
 - **Congruencia del evento:** Relación de los eventos con la enfermedad.

La división de los antecedentes de incertidumbre se ven influenciados por:

- **Capacidad cognitiva:** Procesamiento de información de la persona. El exceso de información produce una sobrecarga y la limitación causa la aparición de la incertidumbre al no poder percibir la información de la división anteriormente mencionada.
- **Proveedores de estructura:** Técnicas que contribuyen a la interpretación de los estímulos o de la información relacionada a la enfermedad, lo cual ayuda a la reducción de la incertidumbre.

La incertidumbre puede ser percibida según:

- **Ambigüedad:** Asociado a la situación de la enfermedad.
- **Complejidad:** Relacionado al tratamiento.
- **Falta de información:** Sobre el diagnóstico y gravedad de la enfermedad.
- **Falta de predicción:** Indecisión sobre el curso y pronóstico de la enfermedad.
- **Proceso de valoración:** Percepción de las situaciones asociadas a la enfermedad. Las características deben ser precisas y congruentes con las perspectivas de la persona para su reconocimiento, cuando esto no ocurre el esquema cognitivo no se ha completado por lo que la incertidumbre es un estado predominante. Como consecuencia se perciben tres posiciones:
 - La situación no es reconocida

- La situación es reconocida, pero no clasificada
- La situación es reconocida, pero clasificada incorrectamente.

La valoración de la incertidumbre se da en dos procesos:

- **Inferencia:** Se da desde la personalidad y las convicciones generales personales y del enlace con su ambiente. La información asociada con la enfermedad pueden ser percibidos de bajo control, si es que no se tiene una presentación objetiva y clara del mismo.
- **Ilusión:** Percepción sin incertidumbre al hacer un realce de los aspectos positivos, no aceptando o anulando cierta información.
- **Enfrentamiento de la enfermedad:** Fundamentado en la valoración.
- **Incertidumbre, peligro y enfrentamiento:** La incertidumbre es percibida a manera de riesgo, la inferencia está presente por lo que la valoración puede ser errada. La consecuencia puede ser el pesimismo, ansiedad, depresión, pérdida de credibilidad en las autoridades y le dan poco o nada de importancia al diagnóstico y tratamiento.
- **Enfrentamiento con valoración de peligro:** Las formas de lucha que se activan para aminorar el temor y para administrar las emociones producidas por la valoración. Existen dos tipos de afrontamiento:
 - ✓ **Movilización:** Se divide en tres estrategias:
 - **Directa:** Estrategia menos empleada.
 - **Vigilancia:** Observar y controlar el estado de la persona enferma; esto ayuda a disminuir el estrés del cuidador.
 - **Búsqueda de información:** Recursos para poder organizar la información de los aspectos y experiencias relacionadas con la enfermedad.
 - ✓ **Manejo del efecto:** Se divide en tres estrategias:

- De fe
- De desapego
- Soporte cognitivo
- **Incertidumbre, oportunidad y enfrentamiento:** El problema es percibido como una circunstancia positiva, es el resultado de la ilusión. La incertidumbre le permite preocuparse más de positivo, ya que no se tiene un resultado preciso; sin embargo, se da como parte de un proceso de aceptación a un futuro suceso negativo.

Merle (1990) realizó su teoría fundamentada en las experiencias de pacientes con enfermedades crónicas y de sus cuidadores, por lo que concluye explicando la importancia de realizar un plan de cuidados incluyendo el acompañamiento para prevenir la incertidumbre vista como un peligro y lograr la habituación a alguna situación cualquiera que inicie un nuevo problema (Trejo, 2012).

2.3. Definición de la terminología empleada

Ansiedad.

Herramienta adaptativa natural, la cual permite al ser humano estar vigilante ante un acontecimiento que considera peligroso. Sin embargo, en su desequilibrio, se puede presentar en ausencia de peligro causando consecuencias negativas en la vida del ser humano (Sociedad Española de Medicina Interna, 2021).

Calidad de vida.

Según la OMS, es la percepción que tiene la persona sobre su vida en relación al sistema de valores y el contexto cultural. Está asociada con los aspectos y expectativas personales (Botero y Pico, 2007).

Contagio.

Transmisión de una enfermedad de un individuo a otro (Real Academia Española, 2020).

COVID-19.

Enfermedad ocasionada por el SARS-CoV-2. Provoca fiebre, cansancio, etc. Sus complicaciones pueden causar la muerte (OMS, 2020).

Depresión.

Trastorno mental caracterizada por una tristeza persistente, desinterés de las actividades que le gustaban realizar, pérdida de energía e incapacidad de realizar las actividades cotidianas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

Estilo de vida.

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, es una forma general de vida que se relaciona con la interrelación de la conducta y las condiciones de vida de la persona (Cerón, 2012).

Estrés.

Reacción fisiológica ante alguna tensión emocional o física asociada a un pensamiento o situación que el cuerpo no pueda manejar o controlar (MedlinePlus, 2020).

Pandemia.

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, es la transmisión mundial de una enfermedad (Medicina y Salud Pública, 2020).

Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, es equilibrio completo del bienestar físico, mental y social (Herrero, 2016).

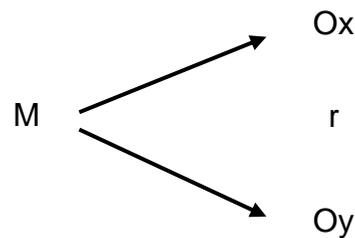
CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Según Hernández et al. (2014), la tesis es de tipo correlacional, tipo que se determina por la asociación de las variables de estudio. Dichas variables se miden y se establecen relaciones entre ellas para comprobar la hipótesis.

El tipo de investigación correlacional se simboliza según lo siguiente:



Donde:

M = Muestra de pacientes mayores de 18 años

Ox = Observación del estilo de vida

Oy = Observación del estrés

r = Relación entre estilo de vida y estrés

3.1.2. Diseño de investigación

Según Hernández et al. (2014), la tesis tiene un diseño no experimental porque no se realiza algún tratamiento o manejo de las variables de estudio.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población de estudio

La población de estudio está compuesta por los pacientes mayores de 18 años de un centro psicológico y de investigación particular de Lima Metropolitana.

Tabla 1*Población de estudio*

	f	%
Edad		
18 – 29 años	30	29,1%
30 – 59 años	66	64,1%
60 años a más	7	6,8%
Total	103	100,0%
Sexo		
Masculino	60	58,3%
Femenino	43	41,7%
Total	103	100,0%
Ocupación		
Sólo estudia	33	32,0%
Sólo trabaja	47	45,6%
Estudia y trabaja	23	22,3%
Total	103	100,0%
Diagnóstico COVID-19 propio		
Sí	59	57,3%
No	44	42,7%
Total	103	100,0%
Diagnóstico COVID-19 en familiares		
Sí	84	81,6%
No	19	18,4%
Total	103	100,0%

Nota: Se muestra que la mayoría de los participantes padecieron de COVID-19, además tuvieron familiares con el mismo diagnóstico.

3.2.2. Tamaño de muestra

Según Ramírez (1997), la muestra de la investigación es censal, la cual se caracteriza por considerar todas las unidades de la población como muestra (como se citó en Quispe, 2017).

Tabla 2*Muestra de estudio*

	f	%
Edad		
18 – 29 años	30	29,1%
30 – 59 años	66	64,1%
60 años a más	7	6,8%
Total	103	100,0%
Sexo		
Masculino	60	58,3%
Femenino	43	41,7%
Total	103	100,0%
Ocupación		
Sólo estudia	33	32,0%
Sólo trabaja	47	45,6%
Estudia y trabaja	23	22,3%
Total	103	100,0%
Diagnóstico COVID-19 propio		
Sí	59	57,3%
No	44	42,7%
Total	103	100,0%
Diagnóstico COVID-19 en familiares		
Sí	84	81,6%
No	19	18,4%
Total	103	100,0%

Nota: Se muestra que la mayoría de los participantes padecieron de COVID-19, además tuvieron familiares con el mismo diagnóstico.

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

Existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estrés en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.

3.3.2. Hipótesis específicas

a. Existe diferencias estadísticamente significativas en la variable de estilo de vida y sus dimensiones, según sexo, edad, ocupación, diagnóstico de COVID-19 y diagnóstico de COVID-19 en familiares de los pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.

b. Existe diferencias estadísticamente significativas en la variable de estrés y sus dimensiones, según sexo, edad, ocupación, diagnóstico de COVID-19 y diagnóstico de COVID-19 en familiares de los pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.

c. Existe relación estadísticamente significativa entre dimensiones de estilo de vida y estrés en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en contexto de COVID-19 – 2021.

3.4. Variables – Operacionalización

Variable n°1.

Estilo de vida

Variable n°2.

Estrés

Variable interviniente.

- Ser mayor de 18 años.
- Ser paciente del centro psicológico e investigación particular de Lima.

Tabla 3*Operacionalización de la variable de estilo de vida*

Variable	Definición de la variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Estilo de vida	Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, es una forma general de vida que se relaciona con la conexión de la conducta y las condiciones de vida de la persona. (Cerón, 2012).	Alimentación	Come 3 veces al día, alimentos balanceados y frutas.	1,2,3,4,5,6
			Consume al día de 4 a 8 vasos de agua y lee las etiquetas.	
			Escoge comidas sin ingredientes artificiales o conservantes.	
		Actividad y ejercicio	Realiza ejercicio de 20 o 30 min, 3 días semanalmente.	7,8
			Ejecuta acciones que incluyan todo el cuerpo.	
		Manejo del estrés	Identifica situaciones inquietantes.	9,10,11,12
			Manifiesta preocupaciones.	
		Apoyo interpersonal	Planifica soluciones y realiza tareas de distensión	13,14,15,16
			Se relaciona con otras personas y mantiene buen contacto.	
			Expresa sus aspiraciones y problemas y las enfrenta ayudándose de otro.	
		Autorrealización	Está feliz con lo llevado a cabo en su vida.	17,18,19
			Está feliz con lo que realiza en la actualidad.	
Ejecuta trabajos de desarrollo personal.				
Responsabilidad en salud	Acude a revisiones médicas anualmente.	20,21,22,23,24,25i		
	Acude a algún centro médico al presentar molestias.			
	Ingiere medicina prescrita por el médico y considera sus recomendaciones			
	Realiza acciones que impulsan la salud.			
			Consume sustancias nocivas.	

Nota: Se observa que la escala de estilo de vida posee 6 dimensiones con sus respectivos indicadores, conteniendo en total 25 ítems.

Tabla 4*Operacionalización de la variable de estrés*

Variable	Definición de la variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Estrés	Reacción fisiológica ante alguna tensión emocional o física asociada a un pensamiento o situación que el cuerpo no pueda manejar o controlar. (MedlinePlus, 2020).	Percepción del estrés	Encuentra la forma de conseguir lo que quiere sin que se lo impidan. Puede resolver problemas difíciles con el esfuerzo suficiente. Persiste hasta alcanzar sus metas. Permanece calmado en situaciones difíciles porque cuenta con habilidades para superarlas. Idea formas para superar la situación. Al tener alguna situación difícil, tiene varias alternativas para superarlas. Tiene la confianza de controlar situaciones inesperadas.	1,2,3,6,9,10
		Capacidad de afrontamiento	Sus cualidades le ayudan a superar situaciones imprevistas. Es capaz de manejar todas las situaciones difíciles. Si se esfuerza, puede superar la dificultad.	4i,5i,7i,8i

Nota: Se observa que la escala de estrés posee 2 dimensiones con sus propios indicadores, haciendo un total de 10 ítems.

Variables sociodemográficas.

- Edad: 18 - 25 años, 26 - 30 años, 31 - 35 años, 36 - 40 años, 41 - 45 años, 46 - 50 años y 51 años a más.
- Sexo: Masculino y femenino.
- Ocupación: Sólo estudia, sólo trabaja y trabaja y estudia.
- Diagnóstico de COVID-19 propio: Sí y no.
- Diagnóstico de COVID-19 de algún familiar: Sí y no.

3.5. Métodos y técnicas de investigación

3.5.1. Instrumento para evaluar estilo de vida

a. Ficha técnica

Nombre	: Escala de estilo de vida
Autores	: Walker, E., Sechrist, K. y Pender, N.
Año	: 1996
Adaptación peruana	: Díaz, R., Reyna, E. y Delgado, R.
Año de adaptación	: 2008
Administración	: Individual o colectivo
Tiempo	: De 10 a 15 minutos aproximadamente
Aplicación	: De 18 años a más
Objetivos	: Determina el estilo de vida que posee la persona.

b. Descripción de la prueba

El cuestionario de estilo de vida promotor de salud fue elaborado por Walker, Sechrist y Pender (1996) (como se citó en Zapata, 2015), y fue base para la adaptación al contexto peruano de la escala de estilo de vida elaborado por las licenciadas en enfermería Díaz, Reyna y Delgado (2008) (como se citó en Zapata, 2015). Tiene como objetivo determinar si la persona posee un estilo de vida saludable o no saludable, además está constituida por 6 dimensiones: Alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad

en salud, y 25 ítems. Las respuestas son tipo Likert de 4 valores, las cuales son: Nunca, a veces, frecuentemente y siempre. (como se citó en Zapata, 2015). Su administración es tanto de forma colectiva e individual, contando con un periodo aproximado de 10 a 15 minutos (Tantaleán, 2020).

Criterio de calificación.

- Nunca (N) = 1 punto
- A veces (V) = 2 puntos
- Frecuentemente (F) = 3 puntos
- Siempre (S) = 4 puntos

Criterio de calificación para el ítem 25.

- Nunca (N) = 4 puntos
- A veces (V) = 3 puntos
- Frecuentemente (F) = 2 puntos
- Siempre (S) = 1 punto (Moncada y Mogollón, 2018).

Clasificación de la escala y puntaje total.

- Estilo de vida saludable: 75-100 puntos
- Estilo de vida no saludable: 25-74 puntos

El puntaje se da como resultado de la suma de los 25 ítems.

Clasificación de la escala y puntaje de la dimensión “Alimentación”.

- Estilo de vida saludable: 18-24 puntos
- Estilo de vida no saludable: 6-17 puntos

Clasificación de la escala y puntaje de la dimensión “Actividad y ejercicio”.

- Estilo de vida saludable: 6-8 puntos
- Estilo de vida no saludable: 2-5 puntos

Clasificación de la escala y puntaje de la dimensión “Manejo del estrés”.

- Estilo de vida saludable: 12-16 puntos
- Estilo de vida no saludable: 4-11 puntos

Clasificación de la escala y puntaje de la dimensión “Apoyo interpersonal”.

- Estilo de vida saludable: 12-16 puntos
- Estilo de vida no saludable: 4-11 puntos

Clasificación de la escala y puntaje de la dimensión “Autorrealización”.

- Estilo de vida saludable: 9-12 puntos
- Estilo de vida no saludable: 3-8 puntos

Clasificación de la escala y puntaje de la dimensión “Responsabilidad en salud”.

- Estilo de vida saludable: 18-24 puntos
- Estilo de vida no saludable: 6-17 puntos (Mamani, 2009).

c. Análisis psicométrico de la escala de estilo de vida**Validez y confiabilidad del instrumento original.**

Según Vilca (2019), la validez del instrumento se obtuvo bajo una prueba binominal, la cual dio como resultado un valor de 0.0003991, y la confiabilidad se determinó utilizando el coeficiente de alfa de Crobach, obteniendo 0.928 como resultado.

Validez y confiabilidad del instrumento adaptado.

Según Otiniano (2013), para la validez de la escala se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, obteniendo un resultado de 0.20, y para la confiabilidad utilizó el coeficiente de alfa de Cronbach, el cual dio como resultado 0.794. Estos resultados confirman la validez y confiabilidad del instrumento.

3.5.2. Instrumento para evaluar estrés

a. Ficha técnica

Nombre	: Escala de estrés percibido (EEP-10)
Autores	: Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R.
Año	: 1983
Adaptación peruana	: Bustíos, M.
Año de adaptación	: 2019
Administración	: Individual o colectivo
Tiempo	: De 10 a 15 minutos aproximadamente
Aplicación	: De 18 años a más
Objetivos	: Mide la percepción del estrés y la capacidad de su afrontamiento.

b. Descripción de la prueba

La escala de estrés percibido (EEP-14) fue elaborada por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983, como se citó en Bustíos, 2019) y adaptada al español por Remor (2001, como se citó en Bustíos, 2019). La licenciada de psicología Bustíos (2019) adaptó la versión de 10 ítems al contexto peruano basándose en antiguas investigaciones internacionales de dicha versión. La prueba tiene el objetivo de medir la percepción de estrés y la capacidad de su afrontamiento, la cuáles son las dos dimensiones que constituyen el instrumento. Las respuestas son tipo Likert, las cuales son: Nada frecuente, pocas veces, regularmente, muchas veces y siempre. Su administración es individual o colectiva, en el periodo aproximado de 10 a 15 min.

Criterio de calificación.

- Nada frecuente = 0 puntos
- Pocas veces = 1 punto
- Regularmente = 2 puntos
- Muchas veces = 3 puntos

- Siempre = 4 puntos

Criterio de calificación para el ítem 4, 5, 7 y 8.

- Nada frecuente = 4 puntos
- Pocas veces = 3 puntos
- Regularmente = 2 punto
- Muchas veces = 1 punto
- Siempre = 0 puntos

Categorías de la escala y puntaje total.

- Presencia de estrés muy alta: 23-más puntos
- Presencia de estrés: 18-22 puntos
- Baja presencia de estrés: 15-17 puntos
- Escasa presencia de estrés: 10-14 puntos

El puntaje se da como resultado de la suma de los 10 ítems.

Categorías de la escala y puntaje de la dimensión “Percepción de estrés”.

- Presencia de estrés muy alta: 13-más puntos
- Presencia de estrés: 10-12 puntos
- Baja presencia de estrés: 8-9 puntos
- Escasa presencia de estrés: 6-7 puntos

Categorías de la escala y puntaje de la dimensión “Capacidad de afrontamiento”.

- Presencia de estrés muy alta: 12-más puntos
- Presencia de estrés: 9-11 puntos
- Baja presencia de estrés: 7-8 puntos
- Escasa presencia de estrés: 4-6 puntos (Bustíos, 2019).

c. Análisis psicométrico de la escala de estrés percibido

Validez y confiabilidad del instrumento original.

Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) realizaron una investigación conformada por tres muestras para la construcción de la escala. La primera muestra de la investigación estuvo conformada por 332 alumnos de una universidad, y les aplicaron cinco escalas diferentes, las cuales fueron: Eventos significativos, ansiedad, sintomatología depresiva, sintomatología física y la escala de estrés percibido; la segunda muestra estuvo constituida por 114 alumnos de una universidad, a quienes les administraron las mismas escalas; y en la tercera muestra participaron 64 personas quienes asistían a un programa contra el tabaquismo, les administraron la escala de eventos significativos, la escala de sintomatología física y la escala de estrés percibido.

La validez que optaron en esta escala fue la concurrente, la cual dio como resultado correlaciones significativas. En sintomatología física obtuvieron un valor de 30 en estudiantes y 49 en fumadores, en síntomas depresivos obtuvieron un valor de 76 en estudiantes y 65 en fumadores, en ansiedad obtuvieron un valor de 52 en estudiantes y 70 en fumadores y en eventos significativos obtuvieron un valor de 37 en estudiantes y 48 en fumadores.

La confiabilidad se observó mediante los coeficientes alfa de Cronbach: La primera muestra obtuvo 84, la segunda 85 y la tercera 86. También se utilizaron los coeficientes de estabilidad de test-retest, dando como resultado 85 en las dos primeras muestras con 2 días de intervalo y 55 en la tercera muestra con 6 semanas de intervalo (Guzmán-Yacaman y Reyes-Bossio, 2018).

Validez y confiabilidad del instrumento adaptado.

Bustíos (2019) realizó una investigación instrumental teniendo como objetivo la adaptación de la escala de estrés percibido (EEP-10). Solicitó el permiso del autor

de la prueba original y a la clínica ocupacional de Lima donde realizó la investigación, además requirió la firma de los 608 participantes dando su consentimiento. También indagó conceptos y teorías sobre estrés, estrés percibido y capacidad de afrontamiento. Realizó una adaptación lingüística con la cooperación de 4 jueces, asimismo llevó a cabo un focus group con 10 participantes para evaluar el entendimiento de los ítems y las alternativas de las respuestas. Luego procedió a administrar la prueba adaptada de la escala de estrés percibido (EEP-10), la escala de satisfacción con la vida (SWLS) y la escala de autoeficacia general (EAG) a todos los participantes. La autora obtuvo una adecuada validez y confiabilidad del instrumento, además de conseguir dos dimensiones y cuatro categorías en la ejecución de los baremos.

La validez se evidenció por medio de un modelo no jerárquico oblicuo de 10 ítems y 2 dimensiones, el cual dio como resultado cargas factoriales que oscilan entre 53 y 69 en la dimensión percepción del estrés y entre 63 y 69 en la dimensión capacidad de afrontamiento.

La confiabilidad se obtuvo mediante el coeficiente alfa y omega para la dimensión percepción del estrés (78 en ambos coeficientes) y para la dimensión de capacidad de afrontamiento (75 en el coeficiente alfa y 76 en el omega).

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La información de esta tesis fue recolectada por medio de la herramienta de encuestas Google Forms, su procesamiento se realizó mediante una base de datos llevado a cabo en el programa de Microsoft Excel y finalmente para su análisis se hizo uso del programa SPSS 23 creando una matriz de datos y ejecutando pruebas estadísticas.

En la prueba de normalidad se empleó la prueba de Kolmogorov de Smirnov, el cual demuestra el uso de pruebas no paramétricas. Es por eso que se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para hallar la correlación entre las variables de estilo de vida y estrés. Además, se usó la prueba de U de Mann Whitney y la prueba de H de Kruskal Wallis para obtener los resultados de las demás hipótesis.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable

En el siguiente apartado se presentará la revisión de los datos, la prueba de normalidad y la contrastación de hipótesis, donde se podrá observar lo hallado en la presente investigación.

4.1.1. Análisis de los datos

Tabla 5

Análisis de la muestra según la edad

Sexo	f	%
18 – 29 años	30	29,1%
30 – 59 años	66	64,1%
60 años a más	7	6,8%
Total	103	100,0%

Nota: Se observa que la mayoría de los participantes se encuentran en el rango de 30 – 59 años.

En la tabla 5 se muestra el análisis de la muestra según la edad, evidenciando que el 29,1% están en el rango de 18 – 29 años, el 64,1% se encuentra en el rango de 30 – 59 años y el 6,8 se posicionan en el rango de 60 años a más.

Tabla 6

Análisis de la muestra según el sexo

Sexo	f	%
Masculino	60	58,3%
Femenino	43	41,7%
Total	103	100,0%

Nota: Se evidencia que la mayoría de los participantes son de sexo masculino.

En la tabla 6 se presenta el análisis de la muestra según el sexo, evidenciando que 58,3% es de sexo masculino y el 41,7% es de sexo femenino.

Tabla 7*Análisis de la muestra según la ocupación*

Ocupación	f	%
Sólo estudia	33	32,0%
Sólo trabaja	47	45,6%
Estudia y trabaja	23	22,3%
Total	103	100,0%

Nota: Se evidencia que la mayoría de los participantes sólo trabaja.

En la tabla 7 se señala el análisis de la muestra según la ocupación, evidenciando que el 32,0% sólo estudia, el 45,6% sólo trabaja y el 22,3% realiza ambas actividades.

Tabla 8*Análisis de la muestra según el diagnóstico COVID-19 propio*

Diagnóstico COVID-19 propio	f	%
Sí	59	57,3%
No	44	42,7%
Total	103	100,0%

Nota: Se señala que la mayoría de los participantes recibieron un diagnóstico positivo de COVID-19

En la tabla 8 se muestra el análisis de la muestra según el diagnóstico propio de COVID-19, evidenciando que el 57,3% obtuvo un diagnóstico positivo y el 42,7% obtuvo un diagnóstico negativo.

Tabla 9*Análisis de la muestra según el diagnóstico COVID-19 en familiares*

Diagnóstico COVID-19 en familiares	f	%
Sí	84	81,6%
No	19	18,4%
Total	103	100,0%

Nota: Se evidencia que la mayoría de los participantes tuvieron familiares con COVID-19.

En la tabla 9 se señala el análisis de la muestra según el diagnóstico de COVID-19 en familiares, evidenciando que el 81,6% manifestaron un diagnóstico positivo y el 18,4% obtuvo un diagnóstico negativo.

4.1.2. Prueba de normalidad

Tabla 10

Prueba de normalidad de la variable estilo de vida

Estilo de vida	Estadístico	gl	Sig.
Alimentación	,095	103	,022
Actividad y ejercicio	,210	103	,000
Manejo del estrés	,206	103	,000
Apoyo interpersonal	,129	103	,000
Autorrealización	,138	103	,000
Responsabilidad en salud	,120	103	,001

Nota: $p < 0.05$ Distribución no normal.

En la tabla 10 se evidencia la prueba de normalidad de Kolmogorov de Smirnov en la variable estilo de vida, la cual demuestra el uso de pruebas no paramétricas al obtener en todas sus dimensiones un valor de significancia menores a 0.05.

Tabla 11

Prueba de normalidad de la variable estrés

Estilo de vida	Estadístico	gl	Sig.
Percepción del estrés	,099	103	,014
Capacidad de afrontamiento	,127	103	,000

Nota: $p < 0.05$ Distribución no normal.

En la tabla 11 se presenta la prueba de normalidad de Kolmogorov de Smirnov en la variable estrés, la cual demuestra el uso de pruebas no paramétricas al obtener en ambas dimensiones valores de significancia menores a 0.05.

4.2. Contrastación de hipótesis

En esta sección se presentarán los hallazgos realizados de la investigación contrastando las hipótesis anteriormente planeadas.

Tabla 12

Correlación entre estilo de vida y estrés

		Estrés
Estilo de vida	rho	-,448**
	p	,000

Nota: ** $p < 0.01$ Altamente significativa.

En la tabla 12 se presenta la correlación entre las variables estilo de vida y estrés utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, donde se obtuvo una correlación negativa altamente significativa entre ambas variables; es decir, a mayor estilo de vida menor será el estrés y viceversa.

Tabla 13

Clasificación de la variable estilo de vida y sus dimensiones

Estilo de vida		f	%
Alimentación	Saludable	35	34,0
	No saludable	68	66,0
Actividad y ejercicio	Saludable	31	30,1
	No saludable	72	69,9
Manejo del estrés	Saludable	29	28,2
	No saludable	74	71,8
Apoyo interpersonal	Saludable	39	37,9
	No saludable	64	62,1
Autorrealización	Saludable	43	41,7
	No saludable	60	58,3
Responsabilidad en salud	Saludable	21	20,4
	No saludable	82	79,6
Total de la variable estilo de vida	Saludable	20	19,4
	No saludable	83	80,6

Nota: Se muestra que la mayoría de los participantes muestran un estilo de vida no saludable.

En la tabla 13 se observa la clasificación de la variable estilo de vida y sus dimensiones donde se observa que en todas las dimensiones la muestra se encuentra en la clasificación de no saludable.

Tabla 14*Categorías de la variable estrés y sus dimensiones*

Estrés		f	%
Percepción del estrés	Presencia de estrés muy alta	62	60,2
	Presencia de estrés	16	15,5
	Baja presencia de estrés	15	14,6
	Escaza presencia de estrés	10	9,7
Capacidad de afrontamiento	Presencia de estrés muy alta	7	6,8
	Presencia de estrés	30	29,1
	Baja presencia de estrés	14	13,6
	Escaza presencia de estrés	52	50,5
Total de la variable estrés	Presencia de estrés muy alta	17	16,5
	Presencia de estrés	75	72,8
	Baja presencia de estrés	8	7,8
	Escaza presencia de estrés	3	2,9

Nota: Se muestra que la mayoría de los participantes muestran presencia de estrés.

En la tabla 14 se muestra las categorías de la variable estrés y sus dimensiones donde se constata que en la dimensión de percepción del estrés la muestra se encuentra en la categoría de presencia de estrés muy alta y en la dimensión capacidad de afrontamiento la categoría es de escaza presencia de estrés.

Tabla 15*Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según edad*

	Edad	N	Rango promedio	H de Kruskal Wallis	gl	Sig.
Alimentación	18 – 29 años	30	50,90	,067	2	,967
	30 – 59 años	66	52,56			
	60 años a más	7	51,43			
Actividad y ejercicio	18 – 29 años	30	52,68	,080	2	,961
	30 – 59 años	66	51,45			
	60 años a más	7	54,21			
Manejo del estrés	18 – 29 años	30	52,75	,884	2	,643
	30 – 59 años	66	50,65			
	60 años a más	7	61,50			
Apoyo interpersonal	18 – 29 años	30	55,13	,493	2	,782
	30 – 59 años	66	50,56			
	60 años a más	7	52,14			
Autorrealización	18 – 29 años	30	48,95	,725	2	,696
	30 – 59 años	66	52,67			
	60 años a más	7	58,79			
Responsabilidad en salud	18 – 29 años	30	55,27	,599	2	,741
	30 – 59 años	66	50,33			
	60 años a más	7	53,79			
Total de la variable estilo de vida	18 – 29 años	30	52,33	,053	2	,974
	30 – 59 años	66	51,61			
	60 años a más	7	54,21			

Nota: $p > 0.05$ No se presenta diferencias significativas.

En la tabla 15 se menciona que no existen diferencias significativas en la variable estilo de vida y sus dimensiones según la edad.

Tabla 16*Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según el sexo*

	Sexo	N	Rango promedio	U de Mann Withney	Z	Sig.
Alimentación	Masculino	60	54,68	1129,500	-1,078	,281
	Femenino	43	48,27			
Actividad y ejercicio	Masculino	60	57,23	976,500	-2,152	,031
	Femenino	43	44,71			
Manejo del estrés	Masculino	60	53,90	1176,000	-,772	,440
	Femenino	43	49,35			
Apoyo interpersonal	Masculino	60	56,40	1026,000	-1,783	,075
	Femenino	43	45,86			
Autorrealización	Masculino	60	55,32	1091,000	-1,348	,178
	Femenino	43	47,37			
Responsabilidad en salud	Masculino	60	51,75	1275,000	-,101	,920
	Femenino	43	52,35			
Total de la variable estilo de vida	Masculino	60	55,86	1058,500	-1,549	,121
	Femenino	43	46,62			

Nota: $p < 0.05$ Presenta diferencias significativas.

En la tabla 16 se señala la existencia de diferencias significativas en la variable estilo de vida según el sexo en la dimensión de actividad y ejercicio; es decir, los hombres poseen mejor estilo de vida en base a la actividad y el ejercicio.

Tabla 17*Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según la ocupación*

	Ocupación	N	Rango promedio	H de Kruskal Wallis	gl	Sig.
Alimentación	Sólo estudia	33	54,82	,456	2	,796
	Sólo trabaja	47	50,32			
	Estudia y trabaja	23	51,39			
Actividad y ejercicio	Sólo estudia	33	49,11	1,634	2	,442
	Sólo trabaja	47	55,98			
	Estudia y trabaja	23	48,02			
Manejo del estrés	Sólo estudia	33	50,50	,133	2	,935
	Sólo trabaja	47	52,49			
	Estudia y trabaja	23	53,15			
Apoyo interpersonal	Sólo estudia	33	45,53	2,462	2	,292
	Sólo trabaja	47	55,98			
	Estudia y trabaja	23	53,15			
Autorrealización	Sólo estudia	33	44,83	3,944	2	,139
	Sólo trabaja	47	57,94			
	Estudia y trabaja	23	50,15			
Responsabilidad en salud	Sólo estudia	33	44,35	5,596	2	,061
	Sólo trabaja	47	51,79			
	Estudia y trabaja	23	63,41			
Total de la variable estilo de vida	Sólo estudia	33	48,09	,841	2	,657
	Sólo trabaja	47	53,62			
	Estudia y trabaja	23	54,30			

Nota: $p > 0.05$ No se presenta diferencias significativas.

En la tabla 17 se presenta que no existen diferencias significativas en la variable estilo de vida y sus dimensiones según la ocupación.

Tabla 18

Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según el diagnóstico COVID-19 propio

	Diagnóstico COVID-19 propio	N	Rango promedio	U de Mann Withney	Z	Sig.																																																								
Alimentación	Sí	59	51,02	1240,000	-,388	,698																																																								
	No	44	53,32				Actividad y ejercicio	Sí	59	51,71	1281,000	-,116	,907	No	44	52,39	Manejo del estrés	Sí	59	49,47	1148,500	-1,010	,313	No	44	55,40	Apoyo interpersonal	Sí	59	50,49	1209,000	-,599	,549	No	44	54,02	Autorrealización	Sí	59	46,87	995,500	-2,043	,041	No	44	58,88	Responsabilidad en salud	Sí	59	50,38	1202,500	-,641	,522	No	44	54,17	Total de la variable de estilo de vida	Sí	59	50,03	1182,000	-,774
Actividad y ejercicio	Sí	59	51,71	1281,000	-,116	,907																																																								
	No	44	52,39				Manejo del estrés	Sí	59	49,47	1148,500	-1,010	,313	No	44	55,40	Apoyo interpersonal	Sí	59	50,49	1209,000	-,599	,549	No	44	54,02	Autorrealización	Sí	59	46,87	995,500	-2,043	,041	No	44	58,88	Responsabilidad en salud	Sí	59	50,38	1202,500	-,641	,522	No	44	54,17	Total de la variable de estilo de vida	Sí	59	50,03	1182,000	-,774	,439	No	44	54,64						
Manejo del estrés	Sí	59	49,47	1148,500	-1,010	,313																																																								
	No	44	55,40				Apoyo interpersonal	Sí	59	50,49	1209,000	-,599	,549	No	44	54,02	Autorrealización	Sí	59	46,87	995,500	-2,043	,041	No	44	58,88	Responsabilidad en salud	Sí	59	50,38	1202,500	-,641	,522	No	44	54,17	Total de la variable de estilo de vida	Sí	59	50,03	1182,000	-,774	,439	No	44	54,64																
Apoyo interpersonal	Sí	59	50,49	1209,000	-,599	,549																																																								
	No	44	54,02				Autorrealización	Sí	59	46,87	995,500	-2,043	,041	No	44	58,88	Responsabilidad en salud	Sí	59	50,38	1202,500	-,641	,522	No	44	54,17	Total de la variable de estilo de vida	Sí	59	50,03	1182,000	-,774	,439	No	44	54,64																										
Autorrealización	Sí	59	46,87	995,500	-2,043	,041																																																								
	No	44	58,88				Responsabilidad en salud	Sí	59	50,38	1202,500	-,641	,522	No	44	54,17	Total de la variable de estilo de vida	Sí	59	50,03	1182,000	-,774	,439	No	44	54,64																																				
Responsabilidad en salud	Sí	59	50,38	1202,500	-,641	,522																																																								
	No	44	54,17				Total de la variable de estilo de vida	Sí	59	50,03	1182,000	-,774	,439	No	44	54,64																																														
Total de la variable de estilo de vida	Sí	59	50,03	1182,000	-,774	,439																																																								
	No	44	54,64																																																											

Nota: $p < 0.05$ Presenta diferencias significativas.

En la tabla 18 se presenta la existencia de diferencias significativas en la variable estilo de vida según el diagnóstico propio de COVID-19 en la dimensión de autorrealización; es decir, las personas quienes poseen un diagnóstico negativo de COVID-19 poseen mejor estilo de vida al sentirse realizados en sus actividades personales.

Tabla 19

Comparación de la variable estilo de vida y sus dimensiones según el diagnóstico COVID-19 en familiares

	Diagnóstico COVID-19 en familiares	N	Rango promedio	U de Mann Withney	Z	Sig.																																																								
Alimentación	Sí	84	51,86	786,500	-,098	,922																																																								
	No	19	52,61				Actividad y ejercicio	Sí	84	51,52	757,500	-,353	,724	No	19	54,13	Manejo del estrés	Sí	84	50,07	635,500	-1,400	,162	No	19	60,55	Apoyo interpersonal	Sí	84	50,64	684,000	-,979	,328	No	19	58,00	Autorrealización	Sí	84	50,14	641,500	-1,348	,178	No	19	60,24	Responsabilidad en salud	Sí	84	48,74	524,000	-2,345	,019	No	19	66,42	Total de la variable estilo de vida	Sí	84	50,14	642,000	-1,327
Actividad y ejercicio	Sí	84	51,52	757,500	-,353	,724																																																								
	No	19	54,13				Manejo del estrés	Sí	84	50,07	635,500	-1,400	,162	No	19	60,55	Apoyo interpersonal	Sí	84	50,64	684,000	-,979	,328	No	19	58,00	Autorrealización	Sí	84	50,14	641,500	-1,348	,178	No	19	60,24	Responsabilidad en salud	Sí	84	48,74	524,000	-2,345	,019	No	19	66,42	Total de la variable estilo de vida	Sí	84	50,14	642,000	-1,327	,184	No	19	60,21						
Manejo del estrés	Sí	84	50,07	635,500	-1,400	,162																																																								
	No	19	60,55				Apoyo interpersonal	Sí	84	50,64	684,000	-,979	,328	No	19	58,00	Autorrealización	Sí	84	50,14	641,500	-1,348	,178	No	19	60,24	Responsabilidad en salud	Sí	84	48,74	524,000	-2,345	,019	No	19	66,42	Total de la variable estilo de vida	Sí	84	50,14	642,000	-1,327	,184	No	19	60,21																
Apoyo interpersonal	Sí	84	50,64	684,000	-,979	,328																																																								
	No	19	58,00				Autorrealización	Sí	84	50,14	641,500	-1,348	,178	No	19	60,24	Responsabilidad en salud	Sí	84	48,74	524,000	-2,345	,019	No	19	66,42	Total de la variable estilo de vida	Sí	84	50,14	642,000	-1,327	,184	No	19	60,21																										
Autorrealización	Sí	84	50,14	641,500	-1,348	,178																																																								
	No	19	60,24				Responsabilidad en salud	Sí	84	48,74	524,000	-2,345	,019	No	19	66,42	Total de la variable estilo de vida	Sí	84	50,14	642,000	-1,327	,184	No	19	60,21																																				
Responsabilidad en salud	Sí	84	48,74	524,000	-2,345	,019																																																								
	No	19	66,42				Total de la variable estilo de vida	Sí	84	50,14	642,000	-1,327	,184	No	19	60,21																																														
Total de la variable estilo de vida	Sí	84	50,14	642,000	-1,327	,184																																																								
	No	19	60,21																																																											

Nota: $p < 0.05$ Presenta diferencias significativas.

En la tabla 19 se señala la existencia de diferencias significativas en la variable estilo de vida según el diagnóstico en familiares de COVID-19 en la dimensión responsabilidad en salud; es decir, las personas con familiares quienes obtuvieron un diagnóstico Covid-19 negativo poseen mejor estilo de vida al ser responsables con su salud.

Tabla 20*Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según la edad*

	Edad	N	Rango promedio	H de Kruskal Wallis	gl	Sig.
Percepción del estrés	18 – 29 años	30	52,97	,224	2	,894
	30 – 59 años	66	51,12			
	60 años a más	7	56,14			
Capacidad de afrontamiento	18 – 29 años	30	51,40	1,212	2	,546
	30 – 59 años	66	53,48			
	60 años a más	7	40,57			
Total de la variable estrés	18 – 29 años	30	55,33	1,194	2	,550
	30 – 59 años	66	51,55			
	60 años a más	7	42,00			

Nota: $p > 0.05$ No se presenta diferencias significativas.

En la tabla 20 se observa que no existen diferencias significativas en la variable estrés y sus dimensiones según la edad.

Tabla 21*Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según el sexo*

	Sexo	N	Rango promedio	U de Mann Withney	Z	Sig.
Percepción del estrés	Masculino	60	59,48	841,500	-3,008	,003
	Femenino	43	41,57			
Capacidad de afrontamiento	Masculino	60	45,59	905,500	-2,585	,010
	Femenino	43	60,94			
Total de la variable estrés	Masculino	60	56,22	1037,000	-1,707	,088
	Femenino	43	46,12			

Nota: $p < 0.05$ Presenta diferencias significativas.

En la tabla 21 se señala la existencia de diferencias significativas en la variable estrés en ambas dimensiones según el sexo; es decir, los hombres muestran mayor

estrés en base a la percepción que tienen del problema y las mujeres manifiestan mayor estrés en base la capacidad para afrontar el problema.

Tabla 22

Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según la ocupación

	Ocupación	N	Rango promedio	H de Kruskal Wallis	gl	Sig.
Percepción del estrés	Sólo estudia	33	45,55	4,514	2	,105
	Sólo trabaja	47	51,32			
	Estudia y trabaja	23	62,65			
Capacidad de afrontamiento	Sólo estudia	33	57,82	2,500	2	,287
	Sólo trabaja	47	51,24			
	Estudia y trabaja	23	45,20			
Total de la variable estrés	Sólo estudia	33	47,59	4,890	2	,087
	Sólo trabaja	47	49,24			
	Estudia y trabaja	23	63,96			

Nota: $p > 0.05$ No se presenta diferencias significativas.

En la tabla 22 se señala que no existen diferencias significativas en la variable estrés y sus dimensiones según la ocupación.

Tabla 23

Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según el diagnóstico COVID-19 propio

	Diagnóstico COVID-19 propio	N	Rango promedio	U de Mann Withney	Z	Sig.
Percepción del estrés	Sí	59	50,42	1204,500	-,625	,532
	No	44	54,13			
Capacidad de afrontamiento	Sí	59	53,22	1226,000	-,482	,629
	No	44	50,36			
Total de la variable de estrés	Sí	59	49,40	1144,500	-1,033	,302
	No	44	55,49			

Nota: $p > 0.05$ No se presenta diferencias significativas.

En la tabla 23 se señala que no existen diferencias significativas en la variable estrés y sus dimensiones según el diagnóstico propio de COVID-19.

Tabla 24

Comparación de la variable estrés y sus dimensiones según el diagnóstico COVID-19 en familiares

	Diagnóstico COVID-19 en familiares	N	Rango promedio	U de Mann Withney	Z	Sig.
Percepción del estrés	Sí	84	48,74	524,00	-2,345	,019
	No	19	66,42			
Capacidad de afrontamiento	Sí	84	51,99	797,000	-,009	,993
	No	19	52,05			
Total de la variable estrés	Sí	84	49,96	626,500	-1,472	,141
	No	19	61,03			

Nota: $p < 0.05$ Presenta diferencias significativas.

En la tabla 24 se señala la existencia de diferencias significativas en la variable estrés en la dimensión de percepción del estrés según el diagnóstico de COVID-19

en familiares; es decir, las personas cuyos familiares obtuvieron un diagnóstico negativo de COVID-19 presentan mayor estrés en la percepción de dicho problema.

Tabla 25

Correlación entre las dimensiones de estilo de vida y estrés

Dimensiones		Estrés
Alimentación	rho	- ,345**
	p	,000
Actividad y ejercicio	rho	- ,328**
	p	,001
Manejo del estrés	rho	- ,421**
	p	,000
Apoyo interpersonal	rho	- ,352**
	p	,000
Autorrealización	rho	- ,357**
	p	,000
Responsabilidad en salud	rho	- ,368**
	p	,000

Nota: ** $p < 0.01$ Altamente significativa.

En la tabla 25 se observa la correlación entre las dimensiones de estilo de vida y estrés, donde se hizo uso del coeficiente de correlación de Spearman, y se halló una correlación negativa altamente significativa en todas las dimensiones; es decir, a mayor alimentación menor será el estrés y viceversa, a mayor actividad y ejercicio menor será el estrés y viceversa, a mayor manejo del estrés menor será el estrés y viceversa, a mayor apoyo interpersonal menor será el estrés y viceversa, a mayor autorrealización menor será el estrés y viceversa y a mayor responsabilidad en salud menor será el estrés y viceversa.

CAPÍTULO V

DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

Esta tesis se realiza con el objetivo general de determinar la relación que existe entre el estilo de vida y el estrés en pacientes de un centro psicológico particular de Lima Metropolitana en el contexto de Covid – 19. En la tabla 12 se identificó una correlación negativa altamente significativa entre ambas variables, ya que se observó un valor de significancia menor a 0.01; lo que denota que a mayor estilo de vida, menor será el estrés, y viceversa. Lo antes mencionado es similar a lo encontrado por Avendaño (2021), el autor obtuvo una correlación significativa entre las mismas variables en un centro de salud en Piura, y también con la teoría del estilo de vida de Nola Pender (1996) y con la teoría del estrés de Richard S. Lazarus y Susan Folkman (1986) al identificar que el estilo de vida y el estrés pueden ser influenciados por factores internos y externos, en otros términos el estilo de vida puede verse afectada por elementos personales como la poca capacidad de afrontamiento del estrés, y el aumento en los niveles de estrés se debe a la mala evaluación que se le da al agente estresor por un pobre funcionamiento de los procesos cognitivos debidos a factores personales como la falta de sueño o la alimentación no saludable, en ambos casos afectando el bienestar de la persona, ya que para la primera autora el estilo de vida es una agrupación de hábitos que se encuentran relacionadas al desarrollo y bienestar de la persona y para los segundos autores el estrés son un conjunto de respuestas ante una situación que la persona considere amenazante, por lo que se podría decir que el estrés vendría a ser una respuesta a un conjunto de hábitos relacionados a un estilo de vida no saludable que afectan a la persona.

Rivas-Castro et al. (2020) determinó que 105 pacientes de una institución de salud de Colombia tienen un estilo de vida no saludable, también Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) analizó los niveles de estrés, depresión y ansiedad al presentarse la

COVID-19 y también los niveles de padecimientos psicológicos en torno al confinamiento, cronicidad y edad en la población española, donde se encontró que la población con enfermedades crónicas y la población joven presentaron sintomatologías altas de ansiedad, depresión y estrés al iniciarse la pandemia; ambos resultados concuerdan con lo obtenido en la tabla 13 del primer objetivo específico, al observar que el 80,6% de la muestra estudiada presentó puntuaciones altas en la clasificación de estilo de vida no saludable en todas las dimensiones, como el 66,0% en la dimensión alimentación, el 69,9% en la dimensión actividad y ejercicio, el 71,8% en la dimensión de manejo del estrés, el 62,1% en la dimensión de apoyo interpersonal, el 58,3% en la dimensión de autorrealización y el 79,6% en la dimensión de responsabilidad en salud, siendo la dimensión manejo del estrés y la dimensión responsabilidad en salud las que poseen puntuaciones más altas, coincidiendo con la variable de estrés estudiada y al contexto de COVID-19 que se vive actualmente y el cual abarca esta investigación; por lo que puede decirse que los participantes están presentando un estilo de vida no sano al verse envueltos en situaciones de estrés por las consecuencias que produce una pandemia.

En la investigación de Herrero et al. (2019) se identificó niveles altos de estrés en pacientes de una clínica de Cuba, lo que guarda similitud con lo encontrado en el segundo objetivo específico en la tabla 14, ya que se observó que el 72,8% de la muestra posee puntuaciones altas en la clasificación de presencia de estrés seguido por el 16,5% de la muestra en la categoría de presencia de estrés muy alta; además se observó que el 60,2% manifiesta presencia de estrés muy alta en la dimensión percepción de estrés, sin embargo se halló que el 50,5% presenta escasa presencia de estrés en la dimensión capacidad de afrontamiento, lo que contradice lo obtenido en la primera dimensión; esto podría ser debido a una mala evaluación de la situación

estresante y de la capacidad de afrontamiento, ya que según Lazarus y Folkman (1986) la persona debe evaluar si considera o no una situación estresante y si tiene las herramientas adecuadas para hacerle frente al nivel que dicha situación lo requiera, en este caso, los participantes de esta investigación perciben si un agente es o no una fuente de estrés, pero no evalúan hasta qué punto podría afectarles y de esa forma determinar uso de estrategias o herramientas de afrontamiento adecuados.

En el tercer y cuarto objetivo específico, analizados desde la tabla 15 hasta la tabla 24, se encontraron diferentes resultados en cuanto a las diferencias estadísticamente significativas de las variables y sus dimensiones como se señalará a continuación. En las tablas 15 y 17, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas al obtener un valor de significancia mayor a 0.05 en la variable estilo de vida y sus dimensiones según la edad y la ocupación respectivamente, lo que coincide con los resultados de Salazar (2019) al señalar que no hay diferencias significativas en las dimensiones de la variable de estilo de vida, al encontrar porcentajes altos de estilo de vida no sano en 294 pacientes de dos hospitales de Huánuco independientemente de las características del participante. Y en las tablas 20, 22 y 23, no se observaron diferencias estadísticamente significativas al observar un valor de significancia mayor a 0.05 en la variable estrés y sus dimensiones según la edad, ocupación y el diagnóstico propio de COVID-19, lo que guarda similitud con el resultado de la investigación de Bernal et al. (2018) al identificar que de 353 pacientes de una institución de salud de Colombia sólo el 13% presentó estrés alto o moderado por lo que concluyó que el nivel de estrés era poca o nada, y que tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas al observar que ese 13% de pacientes quienes presentaban estrés eran adultos con preocupaciones sobre su

salud, las repercusiones que se podrían causar en su vida diaria, el no poder seguir con sus funciones dentro de su familia y el no tener control de sus actividades.

Sin embargo, en las tablas 16, 18 y 19 se observaron diferencias estadísticamente significativas en la variable estilo de vida y sus dimensiones al obtener un valor de significancia menor a 0.05. En la tabla 16 según el sexo en la dimensión actividad y ejercicio al observarse que los hombres poseen un mejor estilo de vida basándose en la ejecución de actividades físicas. En la tabla 18 según el diagnóstico propio de COVID-19 en la dimensión autorrealización, lo que quiere decir que las personas quienes presentaron un diagnóstico negativo de COVID-19 poseen un estilo de vida saludable al sentir que sus metas u objetivos se están cumpliendo al no tener impedimentos relacionados a su salud. Y en la tabla 19 según el diagnóstico de COVID-19 en familiares en la dimensión responsabilidad en salud al hallar que las personas quienes poseen familiares con un diagnóstico negativo de COVID-19 tienen un estilo de vida sano al ser responsables sobre la salud familiar siendo conscientes de la problemática sanitaria actual y tomando las precauciones como el uso correcto de las mascarillas, el uso constante de alcohol en las manos y respetando el distanciamiento social. Estos resultados están basados en el modelo de Marc Lalonde (1974) quien refiere la existencia de factores determinantes en el estilo de vida y salud del individuo, y el modelo biopsicosocial de George L. Engel (1977) quien señala que el contexto social, psicológico y biológico pueden perjudicar al ser humano llevándolo tanto a un contexto de enfermedad o bienestar.

La misma postura se observa en las tablas 21 y 24, en donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la variable estrés y sus dimensiones al obtener un valor de significancia menor a 0.05 según el sexo y el diagnóstico de COVID-19 en familiares. En la tabla 21 según el sexo en la dimensión percepción del

estrés en el sexo masculino y en la dimensión capacidad de afrontamiento en el sexo femenino, lo que quiere decir que los hombres presentan mayor estrés al identificar la situación estresante y las mujeres al identificar las herramientas para afrontar al problema, lo cual se asemeja a lo señalado por la teoría de estrés de Hans Selye (1956) quien menciona que el estrés es una respuesta biológica, la cual implica reacciones hormonales responsables de nuestro comportamiento ante una situación de estrés, por lo que se puede deducir que el hombre siente estrés porque no evalúa el problema al tender a actuar de forma impulsiva y al querer resolver el problema inmediatamente o a “atacar el problema de raíz” como se diría de forma colegial, y las mujeres sienten estrés porque al evaluar que la situación que puede generarle estrés no decide exactamente que herramienta podría ayudarle a resolver el problema ya que tienen tendencia a sobre pensar el problema. Y en la tabla 24 según el diagnóstico de COVID-19 en familiares al observar que las personas quienes poseen familiares con un diagnóstico de COVID-19 negativo muestran más estrés en la percepción de la situación al tener una presión constante al saber que en cualquier momento podrían enfermarse, resultado que coincide con lo mencionado por la teoría de la incertidumbre de Merle Mishel (1990) quien señala la evaluación de respuestas que tiene a persona ante una situación de estrés que causa la enfermedad en la propia persona o en familiares, por lo que las personas quienes tienen un familiar con un diagnóstico negativo poseen un sentimiento de miedo o incertidumbre ante la posibilidad de enfermarse, observando minuciosamente los síntomas semejantes a una gripe, ya que ante tantos casos de COVID-19 las personas ya van procesando la posibilidad de enfermedad.

Finalmente en el quinto objetivo específico analizado en la tabla 25 , se determinó la relación entre las dimensiones del estilo de vida y estrés y de forma

viceversa, por lo que se identificó una correlación altamente significativa al observar un valor de significancia menor a 0.01, reafirmando la igualdad de resultados con los autores explicados en la hipótesis general y los resultados observados en la investigación realizada por Puican (2019) quien observó que 120 pacientes de un centro de salud de Lima muestran un estilo de vida no saludable al asociarlo con la presencia del estrés.

5.2. Conclusiones

- a. Existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estrés al hallarse un valor de significancia menor a 0.01; lo que quiere decir que a mayor sea el estilo de vida, menor será el estrés o viceversa.
- b. La clasificación de estilo de vida obtenida en la muestra de estudio es de no saludable, ya que el 19,4% se encuentra en la clasificación de saludable y el 80,6% en la clasificación de no saludable.
- c. La categoría de estrés en la que se encuentra la muestra de estudio es de presencia de estrés, al especificar que el 72,8% se ubica en la categoría de presencia de estrés, seguido del 16,5% en la categoría de presencia de estrés muy alta; además de que el 7,8% se encuentra en la categoría de baja presencia de estrés y el 2,9% en escasa presencia de estrés.
- d. En la variable de estilo de vida se encontraron diferencias significativas según el sexo en la dimensión de actividad y ejercicio, según el diagnóstico propio de COVID-19 en la dimensión de autorrealización y según el diagnóstico en familiares de COVID-19 en la dimensión responsabilidad en salud.
- e. En la variable de estrés se hallaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo en las dimensiones de percepción del estrés y capacidad de afrontamiento y según el diagnóstico en familiares de COVID-19 en la dimensión de percepción del estrés.
- f. Existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre las dimensiones de estilo de vida y estrés al encontrarse un valor de significancia menor a 0.01; lo que quiere decir que a mayor sean las dimensiones de estilo de vida, menor será el estrés o viceversa.

5.3. Recomendaciones

- 1.- Iniciar la promoción de salud incentivando la adquisición de hábitos saludables, así los pacientes y sus familiares podrán implementarlas en su vida diaria.
- 2.- Realizar talleres sobre el afrontamiento del estrés, de esa forma los asistentes podrán tomar conciencia sobre la importancia del tema.
- 3.- Crear un grupo de actividades en donde los participantes realicen técnicas de respiración y relajación; esto ayudará a los participantes a desconectarse de su problema, a mejorar su estado de ánimo y a aumentar su energía.
- 4.- Elaborar nuevos estudios con las dos variables del presente estudio y con la misma población, ya que en la actualidad se encuentran investigaciones con las variables separadas, con distintas poblaciones y bajo un enfoque de un profesional de la nutrición y de la enfermería, más no psicológico.

REFERENCIAS

- Alcoser, A. (2012). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán* [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio de la Universidad de Guayaquil. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6004/1/TESIS%20DE%20GRADO%20Alexandra.pdf>
- Aristizábal-Hoyos, G., Blando-Borjas, D., Sánchez-Ramos, A. y Ostiguín-Meléndez, R. (2018). El modelo de promoción de la salud de Nola Pende. Una reflexión en torno a su comprensión. *Revista Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23. <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248/242>
- Asenjo-Alarcón, J. (2020). Relación entre estilo de vida y control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de Chota, Perú. *Revista Médica Herediana*, 31 (2), 101-7. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3771/4200>
- Asociación de Universidades Confiadas a la Compañía de Jesús en América Latina – AUSJAL (2020). *15 países colaboran para conocer los efectos psicosociales de la pandemia de COVID-19*. Ausjal. <https://www.ausjal.org/?s=15+pa%C3%ADses+colaboran+para+conocer+los+efectos+psicosociales+de+la+pandemia+de+COVID-19>
- Avendaño, K. (2021). *Estilo de vida y estrés en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Barreiro-Babahoyo, 2021* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/66701>

- Bedoya, E., Ardila, A., Cañas, D. y Caballero, D. (2017). Estrés y deterioro cognitivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 8-13.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179354005003>
- Bernal, D., Gonzáles, R. y Rojas, I. (2018). Factores estresores en pacientes en unidades de cuidado intensivo adulto. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 63-72. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388256613007/html/>
- Berra, E., Muñoz, S., Vega, C., Silvia, A. y Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 16(1), 37-57.
<https://www.redalyc.org/pdf/802/80230114003.pdf>
- Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 12(1), 11-24.
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Burbano, D. (2017). *Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio de la Universidad Nacional de Colombia.
https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/62063/dairavanesaburba_norivera.2017.pdf?sequence=1
- Bustíos, M. (2019). *Adaptación de la escala de estrés percibido (EEP-10) en usuarios de una clínica ocupacional de Lima* [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/51552/Bust%C3%ADos_PMA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Callapiña-de Paz, M., Cisneros-Nuñez, Y., Guillén-Ponce, N. y Dela Cruz-Vargas, J. (2022). Estilo de vida asociado al control de hipertensión arterial y diabetes mellitus en un centro de atención en Lima, durante la pandemia de Covis-19 *Revista Facultad de Medicina Humana URP* 22(1), 79-88. <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3759/5456>
- Carrillo, S. (2016). *Reacciones al estrés y estilos de afrontamiento en pacientes con depresión que acuden a una institución de salud mental* [Tesis de maestría, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio de la Universidad San Martín de Porres. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1975/Carrillo_RS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cerón, C. (2012). Universidad y salud. *Revista Universidad y Salud*, 14(2).115 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200001
- Cuevas-Torres, M. y García-Ramos, T. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *Revista Trabajo y Sociedad*, (19), 87-102. <https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/19%20CUEVAS%20TORRES%20Estres%20en%20el%20trabajo.pdf>
- Di-Colloredo, C., Aparicio, D. y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Revista Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
- El Peruano. (2020, 14 de diciembre). Essalud: Consultas por ansiedad y depresión se incrementaron en 40% en diciembre. *El Peruano*.

<https://elperuano.pe/noticia/111761-essalud-consultas-por-ansiedad-y-depresion-se-incrementaron-en-40-en-diciembre>

Fundación Educativa Activa-t. (2015, 23 de diciembre). *Motivación: El modelo de expectativa y valor*. Fundacionactivate.

<https://fundacionactivate.org/motivacion-el-modelo-de-expectativa-y-valor/>

Gallo, C. (2020, 11 de setiembre). Estudios muestran que la pandemia y el confinamiento han afectado la salud mental de la población. *France24*.

<https://www.france24.com/es/20200911-impacto-pandemia-salud-mental>

Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. y Palacios, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista hacia la promoción de la salud*, 15(1), 128-143.

<https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>

Guerra, M. (2020, 1 de mayo). *La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura*. Psicoactiva. <https://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-del-aprendizaje-social-bandura/>

Guzmán-Yacaman, J. y Reyes-Bossio, M. (2018). Adaptación de la escala de percepción global de estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología*, 36(2). <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v36n2/a13v36n2.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Hernández de la Rosa, M., Godoy, J., Romero, C., Gutiérrez, I. y Aguirre, F. (2018). Estilo de vida en el control de pacientes con hipertensión arterial

- sistemática en una unidad de medicina familiar en Puebla, México. *Revista AF*, 25(4), 155-159. <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af184f.pdf>
- Herrero, Y., Arias, Y. y Cabrera, Y. (2019). Vulnerabilidad y nivel de estrés en pacientes con bruxismo. *Revista Cubana de Estomatología*, 56(3) ,1-11. <https://www.redalyc.org/journal/3786/378660687004/html/>
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Revista Ene* 10(2). 05-30. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006
- Instituto nacional de Salud mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. (2020, 4 de setiembre). *El virus COVID-19 estaría generando nuevos efectos neuropsiquiátricos sobre la salud mental*. Insm. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2020/035.html>
- Junchaya, V. (2021). Estilo de vida saludable en tiempos de pandemia. *Revista Uroosevelt*, 6(1). <https://revistas.uroosevelt.edu.pe/index.php/VISCT/article/view/76/124>
- Lévano, J. (2003). *El patrón de conducta tipo A y tipo B y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Levano_MJ/T_completo.pdf
- Mamani, M. (2009). *Estilo de vida y factores biosocioculturales del profesional de enfermería del hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna 2009* [Tesis de

pregrado, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/364/TG0221.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Medicina y Salud Pública (2020, 11 de marzo). *¿Qué es una pandemia?* Medicinaysaludpublica. <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/COVID-19/que-es-una-pandemia/5913>

MedlinePlus (2020, 5 de octubre). *El estrés y su salud*. Medlineplus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm>

Mendoza, T. (2020). *Relación entre salud metabólica y síntomas depresivos, estrés percibido en pacientes adultos atendidos en el Hospital Goyeneche. Arequipa, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/10087/70.2605.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mena, F. (2017). *Autoeficacia y estrés como determinantes de adherencia en pacientes hipertensos Comuna de Retiro, Región del Maule, Chile* [Tesis de maestría, Universidad de Concepción]. Repositorio de la Universidad de Concepción. http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/2559/3/Tesis_Autoeficacia_y_estres_como_determinantes.pdf

Ministerio de Salud. (2021, 10 de junio). *Salud mental: El 52.2% de limeños sufre de estrés debido a la pandemia*. Minsa. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/499838-el-52-2-de-limenos-sufre-de-estres-debido-a-la-pandemia-de-la-COVID-19/>

Ministerio de Salud. (2021, 21 de abril). *Minsa: 55.4% de personas tuvo más apetito durante la cuarentena. Investigadores del INS observan cambios en los hábitos alimentarios y estilos de vida en la población durante la pandemia.* Gob. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/483609-minsa-55-4-de-personas-tuvo-mas-apetito-durante-la-cuarentena>

Moncada, E. y Mogollón, M. (2018). *Deterioro cognitivo y estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar-2017* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3749/1/RE_ENFE_ELIZABETH.MONCADA_MARIANA.MOGOLLON_DETERIORO.COGNITIVO_DATOS.PDF

Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190. <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para Educación, la Ciencia y la Cultura. (2020). *Dar prioridad a la salud y al bienestar hoy en día y durante la reapertura de las escuelas.* Unesco. <https://es.unesco.org/news/dar-prioridad-salud-y-al-bienestar-hoy-dia-y-durante-reapertura-escuelas>

Organización Mundial de la Salud. (2021, 6 de abril). *La OMS insta a los países a construir un mundo más justo y saludable tras la pandemia de COVID-19.* Who. <https://www.who.int/es/news/item/06-04-2021-who-urges-countries-to-build-a-fairer-healthier-world-post-COVID-19>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 10 de noviembre). *Información básica sobre la COVID-19*. Who. <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-COVID-19>

Organización Panamericana de la Salud. (2019, 2 de junio). *Depresión*. Paho. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Otiniano, T. (2013). *Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto. Mercado zonal "Santa Rosa"-urb. El Bosque-Trujillo.2011* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote]. Repositorio de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/159/OTINIANO_GOICOCHEA_%20TATIANA_ELIZABETH_ESTILOS_DE_VIDA_FACTORES_BIOSOCIOCULTURALES_MERCADO_SANTA_ROSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. e Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Revista CSP Cadernos de Saúde Pública Reports in Public Health*, 36(4), 01-10. <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n4/e00054020/>

Pairazaman, C. (2021). *Calidad y estilos de vida en pacientes con diabetes tipo-2, en tiempos de COVID-19. Centro de Salud Materno "Santa Catalina"* [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62196/Pairazaman_CCA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Pighi, P. (2020, 28 de agosto). Coronavirus en Perú: 5 factores que explican por qué es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la pandemia. *BBC News/Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53940042>
- Puican, M. (2019). *Estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión arterial atendidos en el centro de salud de salud de Surco, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nibert Wiener]. Repositorio de la Universidad Nibert Wiener. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3175/TESIS%20Puican%20Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quezada, K. (2017). *Estrés y hábitos alimenticios en relación con la presencia de la gastritis en pacientes atendidos en el Hospital Básico Catacocha, periodo Enero-Junio 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio de la Universidad Nacional de Loja. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19472/1/ESTR%C3%89S%20Y%20H%C3%81BITOS%20ALIMENTICIOS%20EN%20RELACI%C3%93N%20CON%20LA%20PRESENCIA%20DE%20GASTRITIS%20EN%20PACIENTES%20ATENDIDOS%20EN%20EL%20HOSPITAL%20B%C3%81SICO%20CATACOCHA%2C%20PERIODO%20ENERO%20-%20JUNIO%202016.pdf>
- Quispe, R. (2017). *Percepción de los periodistas de las emisoras en amplitud modulada sobre el periodismo tradicional y digital. Puno, 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio de la Universidad Nacional del Altiplano. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5014/Quispe_Chambi_Roger_Rene.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Real Academia Española. (2020). *Contagio*. RAE. <https://dle.rae.es/contagio>
- Rivas-Castro, A., Leguísamo-Peñate, I. y Puello-Viloria, Y. (2020). Estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II de una institución de salud en Santa Marta, Colombia, 2017. *Revista Duazary* 17(4), 55-64. <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/3601/2741>
- Ruiz, L. (2020, 7 de febrero). *Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental*. Psicologiamente. <https://psicologiamente.com/psicologia/modelo-biopsicosocial>
- Ruiz, L. (2019, 23 de marzo). *La teoría del estrés de Richard S. Lazarus*. Psicologiamente. <https://psicologiamente.com/psicologia/teoria-estres-lazarus>
- Ruiz, L. (2019, 2 de abril). *¿Qué es el Modelo de Creencias sobre la Salud?* Psicologiamente. <https://psicologiamente.com/psicologia/modelo-creencias-salud>
- Ruiz, L. (2019, 19 de marzo). *La teoría de expectativas-valor de Atkinson: qué es y qué propone*. Psicologiamente. <https://psicologiamente.com/psicologia/teoria-expectativa-valor-atkinson>
- Ruiz, L. (2019, 13 de marzo). *Síndrome general de adaptación: qué es, causas y síntomas*. Psicologiamente. <https://psicologiamente.com/clinica/sindrome-general-adaptacion>
- Ruiz, L. (2019, 22 de marzo). *La teoría del estrés de Selye: qué es y qué explica*. Psicologiamente. <https://psicologiamente.com/psicologia/teoria-estres-selye>
- Salazar, M (2019). *Estilos de vida en pacientes de hospitales de EsSalud de la región de Huánuco 2018* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11595/Salazar_sm.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Sánchez-Cruz, J., Hipólito-Lóenzo, A., Mugártegui-Sánchez, S. y Yáñez-González, R. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Elsevier*, 23(2), 43-47. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-estres-depresion-asociados-no-adherencia-S1405887116301122>

Sánchez, E. (2022, 1 de febrero). *La teoría del estrés de Lazarus*. Lamenteesmaravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-del-estres-de-lazarus/>

Sociedad Española de Medicina Interna. (2021). *Ansiedad*. Fesemi. <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/ansiedad>

Solís, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 2(1), 33-39. https://www.mdp.edu.ar/cssalud/deptoterapia/archivos/Psicologia_General_SEMINARIO/ESTILOS_Y ESTRATEGIAS_DE_AFRONTAMIENTO_en_adolescencia.pdf

Tantaleán, A. (2020). Estilos de vida y su relación con el estado nutricional del adulto mayor, asentamiento humano La Victoria, distrito de la Banda de Shilcayo, setiembre 2019-febreo 2020 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Martín]. Repositorio de la Universidad Nacional de San Martín. [http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3866/ENFERMER%
%8dA%20-](http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3866/ENFERMER%c3%8dA%20-)

%20Ana%20Mirela%20Tantale%c3%a1n%20Ch%c3%a1vez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Toasa, J. (2017). *Estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis* [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio de la Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26632/3/Estres%20y%20Estrategias%20de%20Afrontamiento%20en%20pacientes%20con%20Insufi.pdf>
- Trejo, C., Maldonado, G., Ramírez, S., Hernández, M. y Hernández, G. (2016). Nivel de estilo de vida de los alumnos universitarios de la escuela superior de Tlahuelilpan. *XIKUA. Boletín científico de la escuela superior de Tlahuelilpan*, 4(7). <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n7/p4.html>
- Trejo, F. (2012). La teoría de la incertidumbre: Merle Mishel. *Revista Enfermería Neurológica*, 11(1), 34-38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121g.pdf>
- Trejo, F. (2010). Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Revista Enfermería Neurológica*, 9(1), 39-44. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf>
- Triviño, Z. y Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Revista Aquichan*, 5(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100003
- Velasco-Benítez, C. (2015). El modelo de Lalonde como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre *Cryptosporidium* spp. del grupo de investigación Gastrohnutp de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. *Revista Gastrohnutp*,

<https://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohup/article/view/1353/1461>

Vergara, C., (2020, 17 de febrero). *Bandura y la teoría del aprendizaje social.*

Actualidadenpsicología. <https://www.actualidadenpsicologia.com/bandura-teoria-aprendizaje-social/>

Vilca, D. (2019). *Estilos de vida de los estudiantes de la escuela de enfermería Padre*

Luis Tezza-Lima [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma.

https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2525/T030_47370756_T%20Wilca%20Fernandez%2C%20Diana%20Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zapata, M. (2015). *Estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta en*

el asentamiento humano 04 de mayo-Castilla-Piura, 2012 [Tesis de pregrado, Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote]. Repositorio de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1797/ESTILOS_DE_VIDA_FACTORES_BIOSOCIOCULTURALES_ZAPATA_CASTILLO_MARITZA_IVETT.pdf?sequence=4

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Estimado(a) participante:

Estoy llevando a cabo una tesis con el objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y el estrés. Su participación es completamente voluntaria. Cabe resaltar que sus datos brindados serán tratados confidencialmente, no se compartirán a otras personas, tampoco serán evaluados con fines de diagnóstico. La información recogida será utilizada únicamente para este estudio. El proceso consiste en la aplicación de formularios (el primero sobre el estilo de vida y el segundo sobre el estrés); también se le harán preguntas sobre su edad, sexo, ocupación y preguntas referidas al COVID-19. De antemano se le agradece por su tiempo brindado y su participación.

He leído el consentimiento informado y acepto mi participación voluntaria:

Sí

No

Anexo 2: Cuestionario sociodemográfico
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

INSTRUCCIONES: Responda el siguiente cuestionario.

1.- ¿Qué edad tiene usted?

18 - 29 años 30 -59 años 60 años a más

2.- Sexo:

Masculino Femenino

3.- ¿A qué se dedica usted?

Sólo estudia Sólo trabaja Estudia y trabaja

4.- ¿Ha sufrido de COVID-19?

Sí No

5.- ¿Algún familiar suyo ha sufrido de COVID-19?

Sí No

Anexo 3: Escala de estilo de vida

ESCALA DE ESTILO DE VIDA

Autor: Walker, E., Sechrist, K. y Pender, N.

Modificado por: Díaz, R., Reyna, E. y Delgado, R.

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la respuesta que usted crea conveniente.

LEYENDA:

N = NUNCA V = A VECES F = FRECUENTE S = SIEMPRE

N°	ENUNCIADO	N	V	F	S
ALIMENTACIÓN					
1	Come tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.	N	V	F	S
2	Todos los días, consume alimentos balanceados que incluyen tanto vegetales, frutas, carne, legumbres y granos.	N	V	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
ACTIVIDAD Y EJERCICIO					
7	Hace ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
MANEJO DEL ESTRÉS					
9	Identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.	N	V	F	S
11	Plantea alternativas de solución frente a tensión o preocupación.	N	V	F	S
12	Realiza alguna de las siguiente actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
APOYO INTERPESONAL					

13	Se relaciona con los demás.	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	N	V	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
AUTORREALIZACIÓN					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	N	V	F	S
RESPONSABILIDAD EN SALUD					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	V	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	N	V	F	S
22	Toma medicamentos prescritos por el médico.	N	V	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	N	V	F	S
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	V	F	S
25	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	V	F	S

Anexo 4: Escala de estrés percibido
ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (EEP-10)

Autor: Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R.

Adaptado por: Bustíos, M.

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la respuesta que usted crea conveniente.

Ítems	Nada frecuente	Pocas veces	Regularmente	Muchas veces	Siempre
1.- Encuentro la manera de obtener lo que quiero aunque alguien me lo impida.					
2.- Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.					
3.- Persisto en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.					
4.- Tengo confianza en que puedo manejar acontecimientos inesperados.					
5.- Mis cualidades me permiten superar situaciones imprevistas.					
6.- Permanezco calmado(a) en situaciones difíciles, porque cuento con las habilidades necesarias para superarlas.					
7.- Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.					

8.- Si me esfuerzo lo suficiente, puedo darle solución a los problemas.					
9.- Si me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre que debo hacer.					
10.- Al tener que hacer frente a un problema, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.					