

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Diabetes mellitus en el adulto mayor: relación del distrés emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

**Allison Xilene Flores Gonzáles
Keiko Anaís Muñoz Cieza**

ASESORA:

Lic. Mg. Nérida Idelsa González González

Tarapoto - Perú

2021



Esta obra está bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución-
NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Diabetes mellitus en el adulto mayor: relación del distrés emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Allison Xilene Flores Gonzáles

Keiko Anaís Muñoz Cieza

ASESORA:

Lic. Mg. Nérida Idelsa González González

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Diabetes mellitus en el adulto mayor: relación del distrés emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Allison Xilene Flores Gonzáles

Keiko Anaís Muñoz Cieza

ASESORA:

Lic. Mg. Nérida Idelsa González González

Tarapoto – Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Diabetes mellitus en el adulto mayor: relación del distrés emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020

AUTORAS:

Allison Xilene Flores Gonzáles

Keiko Anaís Muñoz Cieza

Sustentada y aprobada el día 01 de setiembre del 2021, ante el honorable jurado:

.....
Obsta. Mg. Leocadia Salas Pillaca

Presidente

.....
Lic. Mg. Nancy Betty Cayo Huachaca

Secretaria

.....
Lic. Mg. Julia Cornejo Quispe

Vocal

Constancia de asesoramiento

La que suscribe el presente documento, hace constar:

Que he revisado y bajo mi asesoramiento las señoritas Bachilleres en enfermería **Allison Xilene Flores Gonzáles** y **Keiko Anaís Muñoz Cieza**, han ejecutado el Informe de Tesis titulado:

Diabetes mellitus en el adulto mayor: relación del distrés emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente, firmo en la Ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 01 de setiembre del 2021.

Atentamente



.....
Lic. Mg. Nérida Idelsa González González

Asesora

Declaratoria de autenticidad

Allison Xilene Flores Gonzáles, con DNI N° 71631976 y **Keiko Anaís Muñoz Cieza**, con DNI N° 71228680, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **Diabetes mellitus en el adulto mayor: relación del distrés emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias y sanciones que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 01 de setiembre del 2021.



.....
Bach. Allison Xilene Flores Gonzáles

DNI N° 71631976



.....
Bach. Keiko Anaís Muñoz Cieza

DNI N° 71228680

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Flores González Allison Xilene		
Código de alumno :	71631976	Teléfono:	947582386
Correo electrónico :	allison_flores05@hotmail.com	DNI:	71631976

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de:	ENFERMERIA

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Titulo : Diabetes mellitus en el adulto mayor : relación del estrés emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II- 2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020
Año de publicación: 2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

01 / 10 / 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.

Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Moñoz Cieza Keiko Anais		
Código de alumno :	71228680	Teléfono:	928106943
Correo electrónico :	an4is.95mc@gmail.com	DNI:	71228680

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud.
Escuela Profesional de:	ENFERMERIA.

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(x)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	Diabetes Mellitus en el Adulto mayor : relación del distress emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto . Período julio a diciembre 2020.
Año de publicación:	2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(x)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

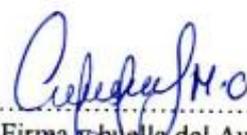
7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".


Firma y huella del Autor



8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

01 / 10 / 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.

Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A mis padres Fernando Flores Ruíz y Ludith Gonzáles Pezo que siempre me apoyaron incondicionalmente, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; mucho de mis logros se los debo a ustedes, incluyendo este. Me formaron con reglas y con algunas libertades sin embargo siempre me motivaron constantemente a luchar y alcanzar mis anhelos. Gracias por los consejos, comprensión y amor en los momentos difíciles; sobre todo por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

A mi amado esposo, su ayuda ha sido fundamental para lograr mis objetivos, incluso en los momentos más turbulentos ha estado conmigo brindándome su paciencia, cariño y amor. Este proyecto no fue fácil, pero estuvo ayudándome y motivándome en todo momento.

Allison Xilene.

A mi padre Cesar A. Muñoz Coronel por ser mi mejor amigo, consejero y modelo de ejemplo a imitar, a mi madre Luz Violeta Cieza Caro que desde el cielo me da las fuerzas para seguir adelante, está Tesis y todo lo que logre hacer será gracias a la fortaleza, virtudes y valores inculcados, a mi mamita Baceliza Caro Rojas por su amor incondicional porque desde que me faltó mi madre, ella ha sabido llenar todos esos espacios con amor y dedicación, a mis hermanos (Irma, Elvin, Vivian, Anel) por sus constantes palabras motivadoras.

A mis tios Gloria, Juan y Laura por ser un soporte en mi formación y en especial a mi ángel en el cielo mi papito Adriano, se que desde el cielo guía y protege mis pasos.

Keiko Anaís.

Agradecimiento

A Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, nos permites sonreír ante todos los logros que son resueltos de tu ayuda. Por brindarnos en cada petición de oración la capacidad y la fuerza que necesitamos para lograr concluir este proyecto, porque a pesar que fueron y siguen siendo años duros y difíciles mas a un con esta pandemia que arrasa con todo el mundo, nos mantien a salvo con buena salud, nunca nos solto de su mano y nos mantiene firmes y a salvo.

A nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nosotras y en nuestras expectativas. Por sus largas veladas nocturnas siempre acompañándonos en cada estudio. Sin duda, cada consejo y cada palabra de aliento, dureza y firmeza nos seguirán guiando durante toda la vida.

Agradecemos también a la Universidad Nacional De San Martín por aceptarnos ser parte de ella y abierto las puertas de su seno académico nuestra Facultad de Ciencias de la Salud para poder estudiar la carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y sus apoyos para seguir esforzándonos día a día.

Agradecidas con nuestra asesora de Tesis Lic. Enf. Nerida Idelsa Gonzalez Gonzalez, que gracias a sus consejos y correcciones se culminó este proyecto. Gracias a sus conocimientos nos sentimos muy dichosas y contentas.

Y para finalizar, agradecemos a todos los que fueron nuestros compañeros de clase durante todos los niveles de Universidad ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a nuestras ganas de seguir adelante en la carrera profesional.

Las autoras.

Índice de contenido

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tablas	ix
Resumen	x
Abstract.....	xi
 TÍTULO.....	 1
 I. INTRODUCCIÓN.....	 1
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes	3
1.3. Bases teóricas.....	7
1.4. Justificación	23
1.5. Problema	24
 II. OBJETIVOS	 25
2.1. Objetivo General.....	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
2.3. Hipótesis de Investigación	25
2.4. Sistemas de Variables	25
 III. MATERIAL Y MÉTODOS	 28
 IV. RESULTADOS	 34
 V. DISCUSIÓN	 38
 IV. CONCLUSIONES.....	 41
 V. RECOMENDACIONES	 42
 VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 43
 IX. ANEXOS.....	 49

Índice de tabla

Tabla	Título	Pág.
1	Factores sociodemográficos de los pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.	34
2	Distrés emocional de pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.	35
3	Conductas de autocuidado según dimensiones: alimentación, ejercicios, cuidado de los pies, control de la glucosa, tratamiento y consultas de control de pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.	36
4	Relación que existe entre el distres emocional y las conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.	37

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el distres emocional y las conductas de autocuidado en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020. Estudio de nivel Descriptivo – correlacional, con enfoque cuantitativo, con relación prospectiva de casos de corte transversal, la muestra fue de 163 pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, como instrumento se utilizo para la variable distrés el cuestionario DDS17 en su versión en español de Polonsky, Fisher, Earles y Dudl (2005) y para la variable conductas de autocuidado se utilizó el cuestionario definitivo de autocuidado en DMT2. Resultados: el 81.0% (132) tienen entre 60 a 70 años de edad, el 57.7% (94) son de sexo masculino, el 54.0% proceden de zonas urbanas, el 69.3% (113) tienen el estado civil de casados, el 38.0% tienen estudios universitarios, el 50.9% (83) viven con sus parejas e hijos, el 28.2% (46) se dedican al sector agrario, el 57.1% (93) se encuentran activamente laborando, el 68.7% (112) tienen la enfermedad de diabetes de 1 a 10 años. El **71.2% (116) de los** pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020, **presentan distrés moderado y el 28.8% (47) presentan distrés leve.** El 12.3% correspondiente a 20 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado en la **alimentación**, el 11.7% presentan déficit de conductas de autocuidado en los **ejercicios**, el 11.0% presentan déficit de conductas de **autocontrol de la glicemia**, el 9.2% presentan déficit de conductas en el **cuidado de los pies**, el 8.6% presentan déficit de conductas de autocuidado en la **asistencia a las consultas para su control**, el 7.4% presentan presentan déficit de conductas de autocuidado en el **tratamiento farmacológico**. Concluyendo que existe relación significativa entre ambas variables según la prueba estadística no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,034$, evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.

Palabras clave: Distrés, autocuidado, diabetes.

Abstract

The objective of this research was to determine the relationship between emotional stress and self-care behaviors in elderly patients treated at the II-2 MINSA Tarapoto Hospital. Period July to December 2020. Descriptive-correlational study, with a quantitative approach, with a prospective cross-sectional case report, the sample was 163 patients attended at the Hospital II-2 MINSA Tarapoto, the instrument used for the distress variable was the DDS17 questionnaire in its Spanish version by Polonsky, Fisher, Earles and Dudd (2005) and for the self-care behaviors variable, the definitive self-care questionnaire in T2DM was used. Results: 81.0% (132) are between 60 and 70 years old, 57.7% (94) are male, 54.0% are from urban areas, 69.3% (113) are married, 38.0% have a university education, 50.9% (83) live with their partners and children, 28.2% (46) work in agriculture, 57.1% (93) are actively working, 68.7% (112) have diabetes for 1 to 10 years. Of the patients seen at the II-2 MINSA Tarapoto Hospital, 71.2% (116) showed moderate distress and 28.8% (47) showed mild distress during the period from July to December 2020. The 12.3% corresponding to 20 patients present deficit of self-care behaviors in feeding, 11.7% present deficit of self-care behaviors in exercises, 11.0% present deficit of self-care behaviors in glycemia self-control, 9.2% present deficit of self-care behaviors in foot care, 8.6% present deficit of self-care behaviors in attending consultations for control, 7.4% present deficit of self-care behaviors in pharmacological treatment. The conclusion is that there is a significant relationship between both variables according to the nonparametric chi-square statistical test read with a significance level of $p < 0.034$, showing that there is a relationship between both variables.

Key words: Distress, self-care, diabetes.



TÍTULO:

Diabetes Mellitus en el adulto mayor: Relación del distrés emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Conceptual

En la actualidad la población peruana es de 32'131.400 habitantes (1). Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), según el Ministerio de Salud, de los 1'400.000 de peruanos que tienen diabetes solo la mitad estaría diagnosticada, convirtiéndose en la tercera causa de muerte en nuestro país, así mismo; las proyecciones indican que la diabetes será la séptima causa de muerte a nivel mundial para el 2030 (2).

Considerando que la diabetes mellitus es un problema serio de salud, cuya prevalencia es alta y parece estar en continuo aumento (3). La Federación Internacional de Diabetes (FID) ha informado que uno de cada once adultos padece de diabetes y la prevalencia global de la diabetes ha alcanzado el 9,3%; más de la mitad de los adultos (50,1%) no ha sido diagnosticada, es así que alrededor de 90% de toda la población diabética está afectada por la diabetes tipo 2 (4).

Es así que la diabetes mellitus representa el mayor problema de salud pública en América y hay evidencia que la prevalencia está en incremento; estos resultados son consecuencia de cambios culturales que pueden estar ocurriendo, la disminución de la actividad física y la transición a la ingesta de dieta hipercalórica en Latinoamérica (5). Esta enfermedad va en aumento tanto en la población de edad avanzada como en niños/as y adolescentes. Como en toda enfermedad física, el estado psicológico de la persona frecuentemente influye en el desarrollo, manejo y transcurso de la enfermedad. Esto es cierto más aún para la diabetes, ya que esta requiere que el/la paciente realice múltiples tareas de autocuidado diariamente, las cuales dependen del conocimiento y la motivación del/la paciente por realizarlas. En cambio, no realizarlas puede llevar al/la paciente a sufrir complicaciones médicas, lo cual puede ocasionar sentimientos de culpa y temor. Ciertamente, padecer de una enfermedad crónica como lo es la

diabetes puede aumentar el estrés psicológico que experimentan las personas que la padecen, y a su vez aumenta el riesgo de sufrir algún trastorno mental como la depresión (6).

En pacientes con Diabetes Mellitus, el estrés tiende a estar más presente desde los inicios de la enfermedad y a lo largo de todo su curso, ya que se considera estresante el solo hecho de padecer una enfermedad metabólica, crónica e incapacitante. Presentándose una “quemazón” algunas características en común que pueden presentar los/as pacientes de diabetes es el sentirse abrumadas o sobrecargadas por la diabetes y por la frustración de la carga del autocuidado, pues el hecho de modificar todos sus estilos de vida genera un gran malestar psicológico afectando notablemente la parte física (7).

Garay E. Señala que los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante; después de todo ellos tienen una enfermedad que puede acortar su tiempo de vida y puede llevarlos a complicaciones; además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa. Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y este es, quizá, es el reto más difícil a vencer. En estos cambios del estilo de vida es muy importante el entorno social, los familiares, amigos y el equipo de salud pueden ser fuentes importantes de apoyo (8).

Del mismo modo; Brannon L. considera que el autocuidado se convierte en un aspecto inherente a la vida del ser humano y mucho más en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas como la diabetes, cuyas actividades de cuidado son decisivas en el mejoramiento de la salud. Es importante considerar el componente emocional de los pacientes, debido a que algunos niegan la gravedad de su enfermedad e ignoran la necesidad de auto cuidarse y descuidan el régimen dietético, la medicación, el control de peso y cuidados personales. Otros se vuelven agresivos y pueden exteriorizar su agresividad rechazando el tratamiento o bien la interiorizan deprimiéndose; muchos desarrollan dependencias psicológicas y necesitan que otros cuiden de ellos, sin adoptar un papel activo en su propio cuidado. Todas estas reacciones pueden interferir en el manejo de los niveles de glicemia, provocando graves complicaciones de salud, incluyendo la muerte. Desde la perspectiva de la educación, es necesario promover el autocuidado en los pacientes, lo cual contribuiría a fortalecer la capacidad para afrontar los problemas o limitaciones que genera la enfermedad y a la adopción de un estilo de vida saludable (9).

En tal sentido; la educación para el autocuidado de la diabetes es un elemento crítico dentro de la atención a las personas con diabetes y aquellos sujetos con riesgo de desarrollar la enfermedad; es necesario con el fin de prevenir o retrasar las complicaciones de la diabetes y tiene elementos relacionados con cambios en el estilo de vida, que también son esenciales para las personas con prediabetes como parte de los esfuerzos para prevenir la enfermedad. Muchas personas con diabetes tienen o están en riesgo de desarrollar enfermedades concomitantes, incluyendo tanto las complicaciones y las condiciones relacionadas con la diabetes (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, dislipidemia, daño nervioso, hipertensión y depresión) y otros problemas médicos que puedan interferir con el cuidado personal (enfisema, artritis, alcoholismo). Además, el diagnóstico, la progresión y el trabajo diario de la gestión de la enfermedad puede ser una carga emocional mayor en las personas con diabetes, lo que hace el autocuidado aún más difícil (5).

El presente estudio se llevará a cabo con los pacientes adultos mayores que asisten al programa de Diabetes Mellitus en el Hospital MINSA II – 2, Tarapoto, considerando que en esta etapa suelen tener muchas otras complicaciones que se asocian a la enfermedad, algunos no pueden manejarlo sintiéndose seres infructuosos, una carga familiar y sobre todo sin ganas de vivir, llenándose de estrés e incluso el ambiente hospitalario los deprime llegando a un déficit de autocuidado, como es el cambio de alimentación, ejercicios, administrarse medicamentos; todo es un cambio para el adulto mayor.

1.2. Antecedentes

Pousa M. (2016), realizó un estudio sobre el nivel de Conocimiento de Autocuidado en el paciente diabético tipo 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social de la delegación de Aguascalientes, se toma una muestra aleatoria simple con 196 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF No. 8, como resultado se obtuvo una con una calificación promedio de 16, 43 puntos de un total de 25 puntos, sobre el conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. Con el instrumento aplicado para medir dicho conocimiento, encontramos mayor participación con pacientes del sexo femenino con un porcentaje de 52.55% y el sexo masculino de 47,44%. Encontramos que la edad promedio de los pacientes que participaron en este protocolo fue de 54.6 años y con un promedio de tiempo de evolución de la enfermedad de 12.18 años, se obtuvo que el tiempo de evolución tiene significancia estadística de 0.001 con respecto a nivel de conocimiento de tratamiento de la enfermedad (5).

Ramos A. (2015), realizó un estudio sobre estrés y su relación con conductas de autocuidado en personas diagnosticadas con diabetes Mellitus tipo II, pacientes de que acuden al Programa de Diabetes del Hospital Dr. Enrique Garcés - Quito, de los 67 casos que conforman la muestra de la investigación el 61% estuvo conformado por población femenina y el otro 33% lo conformaron personas de sexo masculino. De esta misma totalidad el 31% de la población está conformada por grupos de la tercera edad situados entre edades 60 y 69 años. En relación a los niveles de estrés encontramos el 73% de la población masculina presentó niveles de estrés grave; mientras que el género femenino presentó apenas el 24%, quedando así demostrado que los pacientes de que acuden al Programa de Diabetes del Hospital Dr. Enrique Garcés presentan altos niveles de estrés que de cierta forma incide negativamente en las conductas de autocuidado. De la misma manera los datos estadísticos indican que los pacientes diagnosticados con diabetes presentan condiciones de autocuidado regulares; en donde la población el 100% de la población de sexo masculina no posee buenas condiciones de autocuidado y en las mujeres se encontró que 78% de mujeres tampoco presenta excelentes condiciones de autocuidado. Es decir que los pacientes diabéticos no tienen adecuadas formas de autocuidado para con su salud física, psicológica y social. Se encontró que existe una gran influencia entre el nivel de instrucción y el nivel de estrés, como podemos observar el 79% de la población de instrucción primaria presenta niveles de estrés grave. De igual manera vemos la misma situación en la instrucción secundaria incompleta con un 60% con estrés moderado (10).

Castillo D. (2015), realizó un estudio sobre manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en la edad adulta media. Guatemala de la Asunción. Estudio de enfoque cuantitativo-descriptivo. Los resultados obtenidos de inquietud/hiperactividad (IHS) fue: 40% de los participantes manifiestan tener ansiedad clínicamente significativa, siendo este valor el más elevado y el 12% reflejan ansiedad baja. De ansiedad fisiológica, el porcentaje más alto fue la elevación leve con un 40%, un 28% de clínicamente significativa, el 20% es baja y el 12% esperada. En la ansiedad por temor al envejecimiento se obtuvo el 88% de elevación leve, 8% de ansiedad esperada y el 4% bajo. El área de ansiedad total, el 44% es de ansiedad clínicamente significativa, 32% de elevación leve, 16% a ansiedad esperada y el 8% a ansiedad baja. En general, los pacientes manifiestan tener niveles elevados en el área de inquietud/hiperactividad y temor al envejecimiento, siendo estas las principales preocupaciones que invaden el bienestar emocional de los

sujetos. Los resultados muestran que los sujetos poseen una media de ansiedad total de 59; siendo clasificada como ansiedad de elevación leve, esto significa que los síntomas son pocos, pero están presentes en la vida cotidiana y por lo tanto les afecta; puesto que es necesario que asistan a terapia psicológica, con el objetivo de brindarles herramientas y técnicas que le ayuden a sobrellevar su problema (11).

Morales O. (2015), realizó un estudio sobre Distres Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2. San Agustín Tlaxiaca. México. Participaron 13 pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, de entre 29 a 75 años de edad, 10 mujeres y 3 hombres, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Los pacientes se asignaron aleatoriamente a dos grupos, uno experimental cuya intervención comenzó inmediatamente después de la evaluación y otro diferido, cuya intervención comenzó al finalizar la del primer grupo. Ambas intervenciones se llevaron a cabo durante 12 sesiones de dos horas cada una y se realizó a cabo un seguimiento a los cuatro meses de finalizada la intervención. Se utilizó la Prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon para medir las diferencias Pre-Post de la prueba de Hemoglobina Glucosilada y la Prueba Friedman para medir las diferencias Pre-Post-Seguimiento de los instrumentos que evalúan el Malestar Emocional y las Estrategias de Afrontamiento. Los resultados revelaron que la mayoría de los pacientes mostraron ganancias clínicas y estadísticamente significativas en las variables estudiadas al final de la intervención y durante el seguimiento. Los hallazgos de este estudio, sugieren que las intervenciones grupales basadas en un enfoque cognitivo-conductual son efectivas para modificar las variables abordadas en los pacientes con diabetes tipo 2 (12).

Bentin J. (2018), realizó un estudio sobre estrés percibido y actividad física en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. Lima Perú. Los resultados mostraron un nivel normal de estrés percibido y niveles de actividad física moderados y altos. Asimismo, se hallaron diferencias significativas entre la actividad física y las variables sociodemográficas de edad ($\rho = -.49$, $p < 0.01$) y tiempo de diagnóstico ($\rho = -.40$, $p < 0.05$) Respecto a las dimensiones del IPAQ, se encontró una correlación directa entre la actividad física moderada y la cantidad de enfermedades que el individuo padece además de DM2 ($\rho = .38$, $p < 0.05$) una correlación directa entre la actividad física vigorosa y el número de complicaciones médicas causadas por la diabetes ($\rho = .42$, $p < 0.05$) y una correlación inversa entre la actividad física

vigorosa y el tiempo de diagnóstico ($\rho=-.44, p<0.01$) Por último, se obtuvo una correlación inversa entre el estrés percibido y la actividad física ($\rho=-.35, p<0.05$). Los resultados de esta investigación contribuyen al conocimiento acerca de las variables que pueden estar relacionadas con la condición de salud de los adultos mayores con DM2. Asimismo, evidencian la necesidad de elaborar un cuestionario de actividad física que se adapte a este tipo de población y pueda medir la intensidad de la actividad física con mayor precisión (13).

Fernandini J, Pompa R. (2017), realizaron un estudio sobre estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II en el Hospital Belén de Trujillo-Perú., estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. Encontrándose que las estrategias de afrontamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo II fue alta en un 64.6%, medio en el 35.4% y bajo en un 0%. En relación a la capacidad de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo II fue alta en un 61.0%, medio en el 38.1% y bajo en un 0.9%. Concluyendo se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 28.854 con un p-valor de significancia de 0.000 ($p<0.05$) por consiguiente existe una relación altamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de autocuidado en el paciente diabético tipo II (14).

Rodriguez J. (2017), realizó un estudio de investigación sobre depresión y distrés emocional como factores asociados a pobre control metabólico en adultos con diabetes mellitus. Trujillo Perú. Material y métodos: Mediante un estudio de casos y controles anidados, en el Hospital I Albrecht de ESSALUD Trujillo; se estudiaron 322 adultos con diabetes mellitus 2 de los cuales 55/63 fueron los casos con depresión/distrés respectivamente. Resultados: La prevalencia de depresión fue de 17% (55/322) y de distrés relacionado con la diabetes mellitus 19.56% (63/322). La depresión aumenta el riesgo de mal control metabólico, pero no significativamente (56.4% vs. 56.2%) OR=1.008 (IC 0.561-1.809) $p=0.551$. El distrés relacionado con la diabetes aumenta significativamente el riesgo de mal control metabólico (61.9% vs 54.8%) OR=1.339 (IC 0.762-2.354) $p=0.191$. El grado de depresión no influye sobre la presencia de mal control metabólico, depresión leve $p=0.265$, moderada $p=0.149$. La dimensión que influye de manera significativa en la relación distrés-mal control metabólico es la emocional ($p=0.042$). Conclusiones: El distrés relacionado con la diabetes es un factor de riesgo de mal control metabólico. La depresión aumenta el riesgo de mal control metabólico, pero no significativamente (15).

Salas H, Alarcón F. (2016), realizaron un estudio sobre complicaciones por diabetes mellitus tipo 2 y su relación con prácticas de autocuidado en pacientes atendidos en el programa de diabetes del Hospital II-2 EsSalud Tarapoto-Perú. Estudio de tipo cuantitativa, descriptiva, prospectiva correlacional, la población y muestra estuvo conformada por 90 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron, los pacientes diabéticos se caracterizaron por: 36 - 50 años, sexo femenino, ocupación ama de casa, peso promedio entre 60 – 69 kgs y talla de 1,60 a 1,69 mts., promedio de edad 47,9 años, la mediana 48 años y el rango de 26 a 70 años. Las complicaciones son: algunas veces 90% cetoacidosis, 86,7% nefropatías y 45,6% coma hipolucémico; el 100% presentaron alguna complicación. Entre las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 resaltan: según la dimensión régimen alimentaria casi siempre y siempre; actividad física algunas veces y casi siempre; adherencia al tratamiento, siempre y casi siempre toman los medicamentos; autocuidado personal, siempre y casi siempre realizan lavado de pies se bañan y secan con especial cuidado en los pliegues, ingle y ombligo. En conclusión: existe relación significativa entre las complicaciones por diabetes mellitus y las prácticas de autocuidado, la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p=0.0050$) (16).

1.3. Bases teóricas

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un síndrome caracterizado por una hiperglicemia, que se debe a un deterioro absoluto o relativo de la secreción de insulina o de la acción de esta, o de ambas. Es un proceso complejo del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, que en un principio es el resultado de esa falta relativa o completa de la secreción de insulina por las células beta del páncreas o por defecto de los receptores de insulina. La diabetes mellitus es una enfermedad de primera importancia a nivel de Salud Pública en todo el mundo y aún más en las personas de la tercera edad, por ser una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes, y por la severidad y diversidad de sus complicaciones crónicas (17).

Es una enfermedad crónica que incapacita al organismo a utilizar los alimentos adecuadamente. Al ingerir los alimentos parte de éstos se digieren convirtiéndose en una

forma de azúcar denominada glucosa, que es el combustible que utilizan las células para proveer al organismo de la energía necesaria. Este proceso de transformar los alimentos en energía se llama catabolismo. Para absorber la glucosa digerida adecuadamente, el organismo necesita una sustancia llamada insulina (18).

Las personas con diabetes no producen suficiente insulina para metabolizar la glucosa, o la insulina que producen no trabaja eficientemente, por lo que la glucosa no se puede alojar en las células para ser transformadas en energía y se acumula en la sangre a niveles elevados (18).

La diabetes es una enfermedad seria, pero las personas diabéticas pueden tener una larga, saludable y feliz vida si la controlan bien. La meta principal en el tratamiento es mantener los niveles de azúcar en la sangre (glicemia) lo más cerca del rango normal como sea posible (oscilan entre 60 a 90 mg /dl) durante la mayor cantidad de tiempo (18).

Clasificación de la Diabetes Mellitus

- **Diabetes tipo 1**, el páncreas no produce insulina o produce muy poco. Aunque las causas exactas aún no se conocen realmente, los científicos saben que el propio sistema de defensa del organismo ataca y destruye las células productoras de insulina y éstas no pueden producir más esta sustancia (18).

Debido a que la insulina es necesaria para poder vivir, las personas, con diabetes tipo 1 deben inyectarse insulina todos los días para poder metabolizar los alimentos que consumen, es por eso que también se le llama diabetes insulino-dependiente. Los síntomas más frecuentes:

- ✓ Polaquiuria.
- ✓ Polidipsia.
- ✓ Polifagia.
- ✓ Pérdida repentina de peso.
- ✓ Astenia, somnolencia.
- ✓ Cambios repentinos en la visión o visión borrosa.
- ✓ Náuseas y emesis.

- **Diabetes tipo 2**, el páncreas produce insulina, pero por alguna razón, el organismo no es capaz de usarla adecuadamente, por lo que a pesar de que existe insulina en cantidades adecuadas, los niveles de glucosa en la sangre no son normales. Afortunadamente en muchos casos, la diabetes tipo 2, puede ser tratada con un adecuado control del peso corporal, una dieta apropiada, reducción de ingesta de azúcar, así como ejercicios (18).

En otros casos, es necesario también el tratamiento con medicamentos orales y en casos más severos incluso se requiere insulina. La diabetes tipo 2 es conocida también como diabetes de adultos, ya que generalmente ocurre en personas mayores de 40 años, aunque últimamente se ha incrementado el número de casos en adolescentes y niños (18).

Este tipo de diabetes, también ocurre en personas con sobrepeso. La probabilidad de presentar diabetes tipo 2 se duplica con cada 20% de sobrepeso. Se cree que el exceso de grasa en el organismo, disminuye la función efectiva de la insulina. Los síntomas de la diabetes tipo 2 generalmente aparecen gradualmente y son:

- ✓ Polaquiuria.
 - ✓ Polidipsia.
 - ✓ Polifagia.
 - ✓ Fatiga.
 - ✓ Cambios repentinos en la visión o visión borrosa.
 - ✓ Náuseas y emesis.
 - ✓ Gingivitis – Cistitis.
 - ✓ Parestesia.
- **La diabetes gestacional**, es la diabetes que aparece en mujeres durante el embarazo, y generalmente desaparece después del parto. Los cambios hormonales durante el embarazo hacen que en algunos casos el páncreas no sea capaz de producir suficiente insulina (18).

Este tipo de diabetes generalmente pasa inadvertido, por eso es muy importante que todas las mujeres embarazadas se realicen un examen de sangre que permita saber si su nivel de azúcar esté normal y ser muy bien evaluadas durante todo el embarazo (18).

El tratamiento para este tipo de diabetes puede ser desde un régimen de dieta, hasta inyecciones de insulina. Las mujeres que tienen diabetes en sus familias tienen mayores posibilidades de tener diabetes gestacional.

- Otros factores de riesgo son:
 - Tener sobrepeso.
 - Haber tenido un bebé que pesó más de 4 kilos al nacer.
 - Tener más de 25 años.

- Otros tipos específicos de Diabetes Mellitus

Incluyen pacientes con defectos genéticos en la función de la célula beta como las formas llamadas MODY (maturity onset diabetes of the young); otros con defectos genéticos de la acción de la insulina; otros con patologías pancreáticas (pancreatectomía, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasia del páncreas, hemocromatosis); endocrinopatías (Cushing, acromegalia, glucagonoma, feocromocitoma). También algunos fármacos o tóxicos pueden producir diabetes secundaria (corticoides, ácido nicotínico, Lasparagina, interferón alfa, pentamidina); agentes infecciosos (rubeola congénita, coxsachie B, citomegalovirus, parotiditis) y por último, algunas otras enfermedades como los Síndromes de Down, Klinefelter, Turner, enfermedad de Stiff-man y Lipoatrofias. En estos casos se habla de diabetes secundaria, mientras los tipos 1 y 2 son primarias (19).

Complicaciones de la Diabetes Mellitus

Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte. Además de ser la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal y la amputación de miembros inferiores. Es por ello que el mantenimiento de los niveles normales de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes. Además, las personas con diabetes necesitan un seguimiento regular de las complicaciones (11).

Complicaciones Agudas

Las complicaciones agudas en la diabetes mellitus son las descompensaciones metabólicas hiperglucemias y la hipoglucemia (19).

- Hipoglucemia: Es un síndrome clínico multifactorial que se caracteriza por cifras de glucosa en sangre inferior a 45 mg/dl (2,5 mmol/L), síntomas de neuroglucopenia y alivio con la administración de glucosa.
- Hiperglucemia: Es un alza de glucosa en la sangre en más de 180 mg/dL. Si no es tratada y se mantiene por encima de 240 mg/dl, puede dar lugar a una situación muy peligrosa llamada Cetoacidosis o “Coma Diabético”

Complicaciones Crónicas

- Neuropatía (daño a los nervios): El daño al sistema nervioso dificulta la tarea de los nervios para transmitir mensajes al cerebro y otras partes del cuerpo. Si se dañan los nervios de las manos, piernas y los pies (poli neuropatía), puede aparecer una sensación extraña de hormigueo o dolor ardiente, así como debilidad en los brazos y piernas (19).
- Retinopatía (complicaciones en los ojos): Esta complicación es una de las causas más importantes de pérdida de visión en personas con diabetes. Esta condición daña y debilita los vasos sanguíneos en la retina del ojo provocando que los fluidos puedan escaparse causando hinchazón y produciendo una visión borrosa (19).
- Nefropatía (daño a los riñones): La diabetes también puede dañar los vasos sanguíneos en los riñones, provocando que las proteínas se pierdan en la orina y la sangre no se filtre normalmente. Una vez afectado el riñón, este no logra llevar a cabo su función en el cuerpo y se acumulan los desechos en la sangre alterándose a su vez el equilibrio de la cantidad de líquido en el cuerpo (19).
- Problemas en los dientes: Es probable que las personas con diabetes tengan complicaciones con los dientes y las encías. El problema más común entre estas personas es la gingivitis. Esta condición produce irritación, inflamación y

enrojecimiento de las encías, lo que puede producir sangrado al cepillarse los dientes. Otro problema común que ocurre en personas con diabetes es la periodontitis (19).

- **Enfermedades Cardiovasculares**– las enfermedades cardiovasculares son la mayor causa de muerte entre las personas con diabetes. Entre las mayores complicaciones cardiovasculares en personas con esta condición podemos mencionar; la enfermedad coronaria, enfermedades cerebro vasculares, así como las enfermedades vasculares periferales (19).
- **Amputaciones y problema de los pies:** En muchas ocasiones por causas de daños a los nervios periferales y a las arterias, causados por la diabetes, se reducen úlceras en los pies, infecciones y heridas que no cicatrizan lo que puede causar la necesidad de amputar la extremidad afectada (19).

La Diabetes y las Emociones

- **Fase de Negación.** - Al principio, cuando se le diagnostica la diabetes, es posible que quede atontado. Algunas personas, incluso, se convencen de que el diagnóstico es incorrecto y que no puede ser verdad. Esto es peligroso, ya que puede conducir a negarse a dar los pasos correctos para manejar la diabetes. <<Esto no me puede estar pasando a mí>> (20).
- **Fase de protesta o rebeldía.** - Se caracteriza por expresiones de enojo o agresividad ante lo que está ocurriendo. La persona diagnosticada con diabetes suele buscar de un culpable que pueda explicar la causa de la enfermedad. La rebeldía por lo general va direccionada hacia el equipo sanitario, un familiar hacia su propia persona. Una de las frases características es <<Por qué e a mí>> (20).
- **Fase de Disociación.** -En esta fase se presentan una serie de manifestaciones en la persona diabética que van desde la “visión catastrófica” en donde la persona cree que ya nada es posible y sus planes a futuro no se realizarán. Además, surge el temor de que esta enfermedad le impedirá conseguir sus expectativas de vida. Una de las frases más

representativas en esta etapa es <<No podre ser piloto de aviación >> cuando quizás nunca se lo había planteado (20).

- **Fase de Confusión.** – El manejo de su diabetes puede parecer abrumador. Ahora hay muchos cambios necesarios en su vida: dieta, ejercicio físico, control de niveles de glucosa en la sangre, medicamentos, y más. La diabetes impacta en su vida; sin embargo, significa una gran oportunidad para cambiar y es una alerta. Los cambios no siempre nos agradan; no obstante, la comprensión gradual de todos los nuevos comportamientos requeridos, de a uno por vez, le ayudará a mantener la calma y la organización. Así por ejemplo una de las frases que emplearán será: <<De acuerdo me pondré la insulina, pero solo una vez al día>> o <<cumpliré la dieta, pero no el domingo>> (20).
- **Fase de Tristeza o Depresión.** - Es normal pasar por un período de aflicción luego de ser diagnosticado. Si su tristeza y mal humor persisten, pueden ser signos de depresión. Las personas diabéticas tienen el doble de posibilidades de sufrir de depresión con respecto al resto de la población. La depresión también se asocia con control de glucosa en sangre menor al ideal, complicaciones de salud y calidad de vida deteriorada (20).
- **Fase de aceptación- adaptación.** -En este tanto la familia y el diabético comienzan a darse cuenta que puede vivir con diabetes. La persona diabética acepta las limitaciones impuestas en el tratamiento y se acepta que, con determinados cuidados, cumplimiento de tratamiento es posible obtener una buena calidad de vida (20).

Estrés

El estrés es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. Nuestra vida y nuestro entorno, en constante cambio, nos exigen continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria. En general tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad entendemos que es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas. Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud, nuestro desempeño

académico o profesional, e incluso nuestras relaciones personales o de pareja se pueden ver afectadas. La mejor manera de prevenir y hacer frente al estrés es reconocer cuándo aumentan nuestros niveles de tensión y ante qué estímulos o situaciones (21).

La expresión “estrés” deriva del vocablo latino stringo (apretar). Puede decirse que la palabra “estrés” se usó por primera vez en un sentido no técnico en el siglo XIV para referirse a las dificultades, luchas, adversidades o aflicción (Lumsden, 1981). A finales del siglo XVII, un destacado físico-biólogo, Robert Hooke contribuyó significativamente formulando un análisis de ingeniería sobre el estrés. (Hinkle, 1973). El análisis que hizo Hooke del problema produjo tres conceptos básicos, carga, estrés y tensión (11).

- La carga. Se refiere a las fuerzas externas, como el peso.
- El estrés. Es el área de la estructura sobre la que se aplica la carga
- La tensión. Es la deformación de la estructura, produciendo por la conjunción de la carga y del estrés.

Síntomas de estrés

Las señales más frecuentes de estrés son:

- Emociones: ansiedad, irritabilidad, miedo, fluctuación del ánimo, confusión o turbación.
- Pensamientos: excesiva autocrítica, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, preocupación por el futuro, pensamientos repetitivos, excesivo temor al fracaso.
- Conductas: tartamudez u otras dificultades del habla, llantos, reacciones impulsivas, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar los dientes o apretar las mandíbulas; aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; mayor predisposición a accidentes; aumento o disminución del apetito.

Cambios físicos: músculos contraídos, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, respiración agitada o palpitaciones, temblores, boca seca (21).

Tipos de estrés

El estrés no siempre es malo, de hecho, la falta de estrés puede resultar en un estado de depresión a tales efectos, se han establecidos dos tipos de estrés. Uno de estos es positivo (Eustrés) y el otro es negativo (distrés) (22).

Eustrés (Estrés Positivo)

Representa aquel estrés donde el individuo interacciona con su estresor pero mantiene su mente abierta y creativa, y prepara al cuerpo y mente para un función óptima. En este estado de estrés, el individuo deriva placer, alegría, bienestar y equilibrio, experiencias agradables y satisfactorias. La persona con estrés positivo se caracteriza por ser optimista y creativo, es lo que lo mantiene viviendo y trabajando. El individuo expresa y manifiesta sus talentos especiales y su imaginación e iniciativa en forma única/original. Se enfrenta y resuelve problemas (22).

El eustrés es un estado muy importante para la salud del ser humano, la cual resulta en una diversidad de beneficios/efectos positivos, tales como: el mejoramiento del nivel de conocimiento, ejecuciones cognoscitivas y de comportamiento superior; provee la motivación excitante (22).

Distrés (Estrés Negativo)

(Dolor, angustia). Este se caracteriza por ser destructivo, ilustrado por la ira y la agresión, siendo perjudicial para la salud, convirtiéndose en un problema, porque afecta paulatinamente el sistema fisiológico y mental de las personas, hasta provocar situaciones irreversibles como enfermedades incapacitantes e incluso mortales. En síntesis, lo negativo del estrés es que puede provocar cansancio físico y emocional por la sobrecarga que el individuo tiene que soportar (22).

Distrés emocional

La mayoría de la gente experimenta el estrés como una presión emocional o física. Puede resultar en preocupaciones, ansiedad y tensión. Las circunstancias normales de cada día o

los cambios en tu vida pueden crear estrés. El estrés afecta a todo el mundo en algún grado, pero puede ser más difícil de manejar cuando la gente acaba de descubrir que tiene diabetes (23).

El estrés puede hacer que sea más difícil de controlar tu diabetes porque puede desequilibrar tu rutina diaria y puede resultar en un deterioro de tu cuerpo. Las hormonas del estrés hacen que aumente tu presión sanguínea, que aumente tu ritmo cardíaco, y pueden causar que la glucosa en tu sangre suba. Altos niveles de glucosa en tu sangre pueden hacerte sentir deprimido o cansado. Los niveles bajos de glucosa en tu sangre pueden hacerte sentir disgustado o nervioso (23).

Cuando estamos en un estado de estrés nuestro cuerpo sufre una serie de cambios. Entre otros, puede pasar que el páncreas segregue una hormona llamada glucagón, que tiene unos efectos contrarios al de la insulina. Esta y otras hormonas, en conjunto, tienen varios efectos, entre ellos aumentar los niveles de glucosa en la sangre. El cortisol, en particular, es una hormona que juega importantes papeles en nuestro cuerpo. Uno de los efectos del cortisol es que inhibe la secreción de insulina, disminuye la capacidad de la insulina para transportar la glucosa hacia las células, además de hacer que las células se vuelvan más resistentes a ésta. De modo que, si estamos en un estrés continuo o prolongado, comenzaremos a ver un incremento en los niveles de glucosa en la sangre. El cortisol, además, ejerce sus efectos sobre las células de grasa a través del cuerpo, haciéndolas resistentes a la acción de la insulina. El resultado es un notable aumento, no sólo de la glucosa en la sangre sino también de grasas, que comienzan a dañar los vasos sanguíneos (24).

Las 5 fases del estrés

1ª Fase del estrés (fatiga física y/o mental): Se comienza a experimentar algunas señales de que la vitalidad disminuye con picos regulares de fatiga, mayor somnolencia, desmotivación, etc. Con el tiempo va empeorando, pero normalmente en esta fase los análisis médicos no muestran ninguna prueba orgánica de enfermedad (25).

2ª Fase del estrés (mal humor que causa problemas personales): La persona comienza a estar irritable, de mal humor, etc. Como consecuencia, se experimentan problemas con compañeros de trabajo, familia y amigos, lo que potencia la sensación de mal humor y

desamparo, creándose un círculo vicioso. Consecuentemente la persona se vuelve más solitaria tomando una actitud de enfado con el mundo (25).

3ª Fase del distrés (descontrol emocional): Tras la tensión interna creada en la segunda fase, se entra en una etapa emocionalmente cada vez más agitada que acaba perturbando las capacidades del individuo, que empieza a dudar de sí mismo por problemas de concentración, pesimismo o para tomar decisiones, así como también se intensifican las dificultades interpersonales, manteniendo difícilmente el equilibrio emocional. Puede derivar fácilmente en depresión o explotar con la mínima (25).

4ª Fase del distrés (dolencias físicas crónicas): El cuerpo comienza a manifestar evidencias por pasar tanto tiempo en estado de estrés, ya crónico. El síntoma principal es la tensión muscular, especialmente en las zonas cervicales, hombros y lumbares, además de dolores de cabeza, incluso migrañas. Aun así, en esta fase tampoco aparece nada en los análisis médicos. Estos síntomas se pueden paliar con acupuntura, masaje, ejercicio físico, etc. Pero hasta que no se trate el distrés, que es la verdadera causa del problema, sólo son parches (25).

5ª Fase del distrés (patologías físicas): Es un estado de agotamiento crónico y es aquí cuando el daño físico acumulado durante mucho tiempo se hace visible, en algunos casos de forma rotunda, en forma de enfermedades comunes, desde resfriados, gripe, asma, úlceras, colitis, etc. o enfermedades más graves, como hipertensión, problemas cardiovasculares serios, pudiendo llegar al infarto (25).

Distrés relacionado con la diabetes:

Se trata del dolor emocional que implica para el enfermo el gestionar un padecimiento que es crónico degenerativo como lo es la diabetes.

El distrés por diabetes está asociado con estresores propios de la enfermedad, como son descontrol en los niveles de glucosa, presencia de complicaciones agudas o crónicas, disciplina en el tratamiento integral para el control de la diabetes, apego al tratamiento, etc.

La escala de estrés para diabéticos de Polonsky et al. (2005) posee ciertas ventajas tales como haber sido desarrollada específicamente para la población diabética, la participación

de los pacientes, enfermeras especialistas en diabetes, nutricionistas, diabetólogos y psicólogos expertos en diabetes en la elaboración de ítems, su adecuada extensión (17 ítems), además de la posibilidad de identificar 4 dominios relacionados: estrés emocional, estrés interpersonal, estrés con el régimen de tratamiento y estrés con el médico, así como también la obtención de un puntaje total de estrés.

Conductas de Autocuidado en la Diabetes Mellitus

El autocuidado se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; éste es definido como prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas. Históricamente, la Enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas para el autocuidado. El autocuidado es definido como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para mantención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral. La habilidad para desempeñar el autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado (26).

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social (27).

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad (26).

Dorothea E Orem

Presenta su teoría general de la pérdida del autocuidado como una hipótesis compuesta por tres elementos relacionados entre sí:

1. Teoría de autocuidado.
 2. Teoría de la pérdida del autocuidado.
 3. Teoría de los sistemas de enfermería.
- **Teoría de autocuidado.** Muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, prevé las bases para la recolección de datos (17).
 - **La teoría de la pérdida del autocuidado.** Postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades, y limitaciones del cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar esa atención, de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente (17).
 - **La teoría de los sistemas de enfermería,** proporciona el contexto dentro del cual la enfermera(o) se relaciona con el individuo, lo precisa, prescribe, diseña, y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de las pérdidas de autocuidado (17).

Tratamiento

El tratamiento de la diabetes mellitus comprende cambios en el estilo de vida e interacciones farmacológicas con insulina o fármacos hipoglicemiantes ingeridos. En la diabetes tipo I la meta principal es reponer la secreción de insulina faltante; los cambios en el modo de vida se necesitan para facilitar la insulino terapia y optimizar la salud. En casi todos los sujetos con diabetes de tipo II el cimiento de la terapéutica lo constituyen los cambios en el modo de vida. La intervención farmacológica representa una estrategia secundaria para personas que no pueden realizar tales cambios. Las estrategias terapéuticas en las dos formas de diabetes son diferentes, pero los objetivos a corto y largo plazo en el tratamiento son los mismos. Los objetivos principales del tratamiento son evitar los síntomas derivados de la

hiperglucemia y prevenir las complicaciones metabólicas agudas y crónicas. En el tratamiento deben considerarse cinco puntos fundamentales (27).

Dieta: La alimentación, como actividad cotidiana, sustrato de la vida y enormemente influyente en el metabolismo humano es, sin duda, uno de los instrumentos más poderosos pero peor utilizados en el manejo de gran número de enfermedades entre las que, desde luego, se encuentra la diabetes. Es el pilar básico en el tratamiento de la diabetes y persigue dos objetivos prioritarios:

- Normalización del peso del paciente, mediante dieta hipocalórica si es obeso, normocalórica si tiene normopeso o hipercalórica si es delgado.
- Consecución de la normoglucemia. Para el cumplimiento de estos objetivos es prioritario controlar las calorías ingeridas, mantener un horario regular de las comidas y evitar los azúcares refinados. Las normas alimentarias del paciente diabético difieren muy poco de las que serían recomendables para el resto de la población (26).
- En la dieta se debe considerar además lo siguiente:
 - Ser nutricionalmente completa (dieta equilibrada).
 - Mantener o acercar el peso al ideal.
 - Contribuir a normalizar los niveles de glucemia.
 - Atenuar el riesgo cardiovascular (niveles de lípidos y tensión arterial).
 - Contribuir a mejorar el curso de las complicaciones diabéticas si existen.
 - Adaptarse a los gustos de los pacientes.

Para aprovecharse de los beneficios de una dieta correcta en la diabetes, es imprescindible tener unos conocimientos básicos de nutrición, ya que la dieta en la diabetes debe ser, ante todo, una dieta equilibrada que contenga todos los nutrientes imprescindibles para la vida.

Actividad y reposo: El ejercicio en el paciente diabético tiene muchos efectos beneficiosos: ayuda a normalizar el peso del paciente, mejora la forma física y disminuye los requerimientos de insulina o antidiabéticos orales, ya que aumenta la captación de glucosa por los músculos. Se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico de intensidad moderada y de forma regular (preferentemente todos los días a la misma hora). Un ejercicio de alta intensidad puede ser percibido por el organismo como un estrés, provocando la liberación de hormonas contrareguladoras que provocan una elevación temporal de la glucemia (26).

Fármacos, tenemos (26):

Insulina. - La insulina es el fármaco hipoglucemiante más conocido. Según su vida media podemos distinguir cuatro tipos de insulina. La insulina se administra generalmente en forma de inyecciones subcutáneas. Podemos distinguir dos tipos de insulino terapia:

- ✓ **Insulino terapia convencional** (1 o 2 inyecciones). Suele utilizarse en algunos casos de pacientes diabéticos tipo 2, y en diabetes tipo 1 durante la “luna de miel”.
- ✓ **Insulino terapia intensiva** (3 o más inyecciones diarias). Es la pauta habitual en el tratamiento de la diabetes tipo 1. En algunos pacientes la insulina se administra por vía subcutánea de manera continua, mediante una bomba de insulina, aunque su uso no está todavía muy extendido. La insulina puede administrarse también por vía intravenosa o intramuscular en situaciones agudas.

Antidiabéticos Orales.

Son fármacos reservados prácticamente a los diabéticos tipo 2. Pueden distinguirse fundamentalmente 4 tipos de antidiabéticos orales:

Sulfonilureas. Estimulan las células beta del páncreas para que liberen insulina, por lo que pueden provocar hipoglucemia. Además, aumentan la acción periférica de la insulina al incrementar el número de sus receptores y disminuyen la producción de glucosa por el hígado. Estos medicamentos por lo general se eliminan por vía renal por lo que los pacientes deben evitar la deshidratación (26).

Biguanidas. Disminuyen la producción de glucosa en el hígado, aumentan la acción periférica de la insulina y disminuyen parcialmente la absorción intestinal de glucosa. Al no actuar sobre las células beta del páncreas, no producen hipoglucemia (no son hipoglucemiantes, sino antihiper glucemiantes). Son fármacos de elección en diabéticos obesos, ya que tiene efecto anorexígeno (26).

Meglidinas. Aumentan la producción de insulina en el páncreas. Simulan la respuesta normal de la glucemia ante la comida. El paciente debe tomarla desde 30 min. Antes de cada comida hasta el momento de ingerirla (26).

Tiazolidinadionas. Son sensibilizantes de insulina, siendo eficaces en las respuestas resistentes a la insulina. Mejoran la sensibilidad, el transporte y la utilización de la insulina en los tejidos diana, mejoran también los perfiles lipídicos y los valores de la presión arterial (26).

Cuidado de los pies

En la evolución de la diabetes, las complicaciones más frecuentes son la afectación de nervios y arterias. Las alteraciones vasculares alteran la circulación sanguínea y facilitan la aparición de edemas y de zonas mal vascularizadas, que dificultan la curación de las lesiones y heridas. La neuropatía diabética provoca la pérdida de sensibilidad, atrofia muscular y dolor. Ambas alteraciones tienen especial repercusión en los pies, aumentando la frecuencia de producción de erosiones, pinchazos, cortes, quemaduras... que si no se cuidan se convierten en úlceras, facilitan la infección y pueden llevar a la gangrena y a la necesidad de amputaciones.

Para evitar la aparición de úlceras, lesiones, infecciones y necrosis en los pies es muy importante que el paciente diabético mantenga un buen control de la glucemia y evite los factores que pueden aumentar el riesgo de lesiones vasculares y nerviosas mediante:

- Control de la glucemia, manteniendo correctamente el tratamiento con insulina y/o hipoglucemiantes orales;
- Dieta alimenticia que facilite la estabilidad de los niveles de glucemia en sangre, evite la obesidad y garantice un adecuado aporte de proteínas, vitaminas y minerales al organismo;
- Ejercicio físico que facilita el mantenimiento del peso adecuado, el metabolismo de la glucosa y la correcta circulación sanguínea en los pies;
- Llevar un buen control de la tensión arterial y de los niveles de lípidos en sangre;
- No fumar ni consumir alcohol u otras drogas.

Además, es esencial cuidar diariamente los pies, revisándolos para vigilar si aparecen heridas, rozaduras, ampollas o grietas. Para la revisión diaria se aconseja realizarla con buena iluminación natural e inspeccionando bien todas las zonas de la planta y de los espacios interdigitales con la ayuda de un espejo. Se debe acudir al médico en caso de que aparezcan lesiones, cambios de color, dolor o hinchazón en los pies (28).

Asistencia a las consultas de control y revisión de la Diabetes mellitus

Todo paciente diabético debe ser instruido en las técnicas básicas del autocontrol de su enfermedad y en el aprendizaje de las acciones que debe emprender ante las incidencias más comunes.

Significa que debe acudir a sus controles periódicos, considerando que es una parte fundamental del tratamiento de la diabetes, no sólo en relación de las pruebas de análisis que permitan afirmar o modificar el resto del tratamiento, sino las relacionadas con la detección precoz de complicaciones de la enfermedad (28).

1.4. Justificación

En la actualidad, la diabetes mellitus es una de las enfermedades no contagiosas que más preocupa a todos los países, Su acelerado incremento la ha convertido en uno de los problemas sanitarios más importantes del siglo XXI. Esta enfermedad puede afectar la calidad de vida, el estado funcional y el sentido de bienestar de las personas que la padecen, así como de su familia; Por ello es vital reflexionar sobre los impactos psicológicos y sociales que puede generar la enfermedad como su carácter crónico, las modificaciones que suscita en áreas significativas de la vida (trabajo, familia, pareja, sexualidad, relaciones interpersonales y con la comunidad), los cambios corporales y funcionales que puede producir, y la significación (estigmatizante) de estos cambios, todo ello, le puede llevar a un distrés emocional.

Además, tienen que lidiar con las exigencias que presenta la vida cotidiana, y por otro, la enfermedad les demanda cuidados permanentes. Los /las pacientes con diabetes se sienten abrumadas o sobrecargadas por la enfermedad y por la frustración de la carga del autocuidado, pues el hecho de modificar todos sus estilos de vida genera un gran malestar psicológico afectando notablemente la parte física.

La presente investigación se realizará con la finalidad de determinar cómo afecta el mal manejo del estrés en las conductas de autocuidado en los pacientes diagnosticados con diabetes. Así pues, determinar que resulta una tarea difícil el mantener un control metabólico adecuado, ya que este condiciona aspectos que requieren la participación activa del paciente

donde el estado afectivo-emocional, puede ser un limitante o el apoyo para mantenerse motivado lo que puede dificultar el tratamiento y control de la enfermedad. Por ello es importante recalcar que el éxito o fracaso del autocuidado en pacientes diabéticos está determinado por los siguientes aspectos: factores sociodemográficos, carga emocional, régimen del tratamiento y distrés interpersonal, así mismo conductas de autocuidado como son: alimentación, ejercicios, cuidado de los pies, control de la glucosa, tratamiento y consultas de control. La enfermera contribuye eficazmente en el autocuidado del paciente diabético, desarrollando actividades preventivas promocionales lo cual contribuirá a disminuir la morbimortalidad de los pacientes diabéticos y por ende mejorar la calidad de vida del adulto. Otro aspecto relevante es el trabajo conjunto del equipo multidisciplinario: médico tratante, equipo de salud mental y pacientes diabéticos del Hospital II-2 MINSA.

Es por ello que el actual estudio pretende contribuir a esclarecer el cómo actúan o se comportan dichas variables (distrés emocional y las conductas de autocuidado), en la población adulta mayor que acuden al programa de diabetes del Hospital II-2 MINSA Tarapoto, a fin de contribuir con una adecuada atención multidisciplinaria por el equipo de salud.

De igual modo, tanto desde el punto de vista teórico como práctico, los resultados obtenidos en el presente estudio servirán de base a futuras investigaciones y a otras instituciones vinculadas al sector salud y a la vez propiciar la adaptación y el conocimiento de instrumentos como el “Diabetes Distres Scale” (DDS17) como otra opción de evaluar el estrés en pacientes diabéticos.

Así como también, el conocimiento de esta problemática nos podrá permitir formular estrategias de prevención e intervención en este tipo de paciente, a fin de favorecer un propicio soporte psicológico que favorezca un adecuado estilo de vida.

1.5. Problema

¿Existe relación entre el distrés emocional y las conductas de autocuidado en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, periodo julio a diciembre 2020?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el distres emocional y las conductas de autocuidado en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

2.2. Objetivos Específicos

1. Determinar los factores sociodemográficos de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.
2. Determinar el distrés emocional de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.
3. Determinar las conductas de autocuidado según dimensiones: alimentación, ejercicios, cuidado de los pies, control de la glucosa, tratamiento y consultas de control de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

2.3. Hipótesis de Investigación

Existe relación significativa entre el distrés emocional y las conductas de autocuidado de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

2.4. Sistemas de Variables

- ✓ **Variable Independiente:** Distrés emocional
- ✓ **Variable Dependiente:** Conductas de autocuidado.

2.4.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
<p>Independiente:</p> <p>Distrés emocional</p>	<p>Es considerado como la incapacidad de superar la vivencia de experiencias estresantes que conllevan al desgaste subsecuente de la persona y da por resultado una ruptura del bienestar individual (24).</p>	<p>Situación que puede ser generadora de estrés en el paciente con diabetes mellitus que conllevan a desgastar en bienestar individual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carga emocional ▪ Distrés relacionado a la función Médico-paciente ▪ Distrés relacionado al régimen de tratamiento ▪ Distrés interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distrés Leve (< a 3 puntos) ▪ Distrés Moderada (> a 3 puntos) 	<p>Ordinal</p>

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
<p>Dependiente: Conductas de autocuidado</p>	<p>Conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior (25).</p>	<p>Acciones intencionadas que realiza el paciente con diabetes Mellitus para mejorar su vida y desarrollo posterior</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación ▪ Ejercicio ▪ Cuidado de los pies ▪ Control de la glucemia ▪ Tratamiento farmacológico ▪ Asistencia a las consultas de control y revisión de su DM. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit de Autocuidado (< a 2 puntos) ▪ No hay Déficit de Autocuidado (> a 2 puntos) 	<p>Ordinal</p>

III. MATERIAL Y MÉTODOS

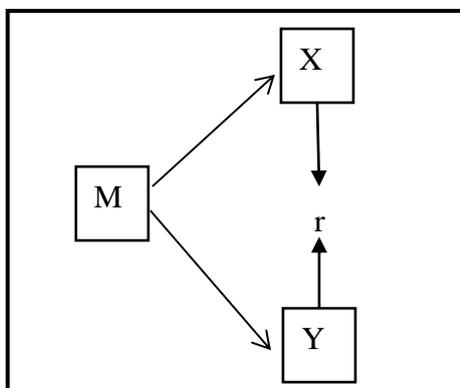
3.1. Tipo de Estudio

La presente investigación, fue un estudio de nivel Descriptivo – correlacional, con enfoque cuantitativo, con relación prospectiva de casos de corte transversal.

- **Descriptivo:** Porque permitió analizar y describir el distrés emocional la noción y conductas de autocuidado de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto.
- **Correlacional:** Porque permitió relacionar ambas variables de estudio.
- **Cuantitativo,** porque se interpretó la información recolectada en base a instrumentos de investigación (Diabetes Distress Scale (DDS17- Conductas de Autocuidado) con el propósito de interpretar los resultados obtenidos.
- **Relación prospectiva,** Porque se llevó acabo con la intención de contrastar la hipótesis de estudio.
- **Corte transversal:** Porque se realizó una única medición durante el periodo julio a diciembre 2020, a fin de poder explorar las variables.

3.2. Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación fue no experimental, descriptivo de corte transversal.



Donde:

M.- Muestra: Estuvo conformado por todos los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto.

X.- Variable independiente: Estuvo representado por el distrés emocional de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto.

Y.- Variable dependiente: Estuvo representado por la conducta de autocuidado de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto.

r.- Representó la relación entre ambas variables estudiadas.

3.3. Universo, Población y Muestra

Universo

El Universo estuvo conformado por todos los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto.

Población

La población de estudio estuvo conformada por 163 pacientes adultos mayores que se atendieron en el Programa de Diabetes del Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. (Fuente: Área de Estadística del Hospital MINSA II-2 Tarapoto).

Muestra

La muestra estuvo conformada por el 100% (163 pacientes adultos mayores) que se atendieron en el Programa de Diabetes del Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, durante el periodo de Julio a diciembre 2020.

1.1.1. Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes adultos mayores (más de 60 años) que se atendieron en el programa de diabetes del Hospital II-2 MINSA Tarapoto.
- ✓ Pacientes adultos mayores que se encontraron en condiciones óptimas para participar del estudio
- ✓ Pacientes adultos mayores que desearon participar en el estudio voluntariamente.
- ✓ Pacientes adultos mayores que dieron su aprobación mediante el consentimiento informado.

1.1.2. Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes adultos mayores que se encontraron delicados de salud.
- ✓ Pacientes adultos mayores adultos mayores que no desearon participar en el estudio.
- ✓ Pacientes adultos mayores que se retiraron a media encuesta.

3.4. Procedimientos

- ✓ Se elaboró el proyecto y se presentó ante la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSM-T, para designación de asesor (a).
- ✓ Una vez designado el asesor (a), se presentó el proyecto ante la Facultad para su designación de Jurado de tesis.
- ✓ Posteriormente designado el Jurado de tesis; pasa a su revisión y aprobación correspondiente.
- ✓ Una vez aprobado el proyecto se solicitó el permiso pertinente al director (a) del Hospital II-2 MINSA Tarapoto, donde se nos permitió aplicar nuestros instrumentos de investigación, según criterios de inclusión y exclusión respectiva.
- ✓ Para la aplicación del instrumento de investigación se tomo en cuenta los protocolos de bioseguridad, donde utilizamos los respectivos equipos de protección como son uso de gorro, doble mascarilla, protector fascial, mandilón y guantes descartable, además del distanciamiento social.
- ✓ Posteriormente, se ubico en su domicilio a los pacientes que participaron en el estudio, por encontrarnos en emergencia sanitaria de la pandemia de la covid-19.
- ✓ Al inicio de la aplicación se solicitó a los adultos mayores que participaron en el estudio, su consentimiento y su participación voluntaria, luego se procedió a la explicación del instrumento socializando previamente que los resultados fueron confidenciales y anónimos, siendo utilizados sólo para el propósito del estudio.
- ✓ Seguidamente se procedió a la organización, análisis e interpretación de nuestros resultados y su respectiva formulación de los cuadros estadísticos.
- ✓ Se realizó la elaboración del informe final, en coordinación con nuestra asesora de tesis de acuerdo a la estructura establecida por la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSM-T.

- ✓ Se presentó el informe final a los Jurados de tesis para su revisión y aprobación.
- ✓ Una vez aprobado por los jurados de tesis se presentó a la Facultad Ciencias de la Salud para su aprobación.
- ✓ Finalmente, se sustentó el trabajo de investigación ejecutado.

3.5. Métodos de Instrumentos de recolección de datos

- ✓ **Método:** Fué la entrevista para la obtención de datos de filiación dentro de la investigación; como son: sexo, edad, instrucción, estado civil y estado de salud de los pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSa Tarapoto y la observación se empleó durante todo el proceso investigativo.
- ✓ **Instrumento:** Para la variable independiente; se utilizó el cuestionario DDS17 en su versión en español de Polonsky, Fisher, Earles y Dudl (2005), es un instrumento de evaluación que presenta diversas situaciones que pueden ser generadoras de estrés en los pacientes con diagnóstico de diabetes y para la variable dependiente se utilizó el Cuestionario definitivo de autocuidado en DMT2.

3.6. Plan de Tabulación y Análisis de datos

El cuestionario utilizado para la variable independiente: se tomo del trabajo de investigación titulado: “Estrés y su relación con conductas de autocuidado en personas diagnosticadas con diabetes Mellitus tipo II” de la autora Ramos Jimenez Andrea Silvana (10); donde consta de estuvo constituido por 17 ítems tipo escala Likert, con seis opciones de respuestas desde “no es un problema” hasta “es un problema muy grave”. incluyendo: situaciones de sobrecarga emocional, situaciones de distrés asociado al malestar físico, situaciones de distrés relacionado con el tratamiento, distrés psicosocial asociado a la enfermedad, por lo que es considerado un instrumento útil para la investigación por presentar una confiabilidad Alpha de Cronbach de 0,963 de consistencia interna.

Estadística de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,963	17

Así mismo el puntaje que se considero como alternativas fueron los siguientes:

No es problema	Es un pequeño problema	Es un problema moderado	Es un problema algo grave	Es un problema grave	Es un problema muy grave
1	2	3	4	5	6

En el instrumento de Diabetes Distress Scale (DDS17). Se evidencia cuatro dimensiones:

- ✓ CE (Carga emocional). Comprende los Ítems 1, 2,3,4 y 5 enfocados a la repercusión a nivel psicológico y personal de los requerimientos o efectos de la enfermedad.
- ✓ PD (Distrés relacionado a la función Médico-paciente). Comprende los ítems 6,7,8 y 9 enfocados a la relación médico-paciente, establecida en el monitoreo de la enfermedad.
- ✓ RD (Distrés relacionado al régimen de tratamiento). Comprende los ítems 10,11,12,13 y 14 enfocados a la autoeficacia percibida con respecto a la enfermedad y los recursos personales para sobrellevarla.
- ✓ ID (Distrés interpersonal). Lo conforman los ítems 15,16 y 17 enfocados a la percepción de las relaciones interpersonales y su relación con la enfermedad.

Para la valoración de DDS17 se produce una puntuación total de la escala de dificultad para la diabetes más 4 puntuaciones de la escala secundaria, cada una de las cuales aborda un tipo diferente de distrés. Para puntuar, simplemente se suman las respuestas del paciente a los ítems apropiados y dividir por el número de ítems en esa escala, considerando la siguiente puntuación:

Tipo de distrés	Puntuación
Distrés leve	Menor a 3 puntos
Distrés moderado	De 3 a más puntos

Para la variable dependiente: “Conductas de autocuidado” se utilizó el Cuestionario del trabajo de investigación doctoral, titulado: “Variables predictorias de las conductas de

autocuidado en las personas con Diabetes Tipo 2” de la autora: Marchan Felipe Maria de las Nieves (33), donde contempla las siguientes escalas o dimensiones: alimentación, ejercicio, cuidado de los pies, control de la glucemia, tratamiento farmacológico, y asistencia a las consultas de control y revisión de su diabetes mellitus.

Todos los ítems se responden en una escala de Likert 5 puntos:

Siempre (S)	Casi siempre (CS)	A veces (AV)	Casi nunca (CN)	Nunca (N)
4	3	2	1	0

El análisis del autocuidado, se recategorizó, otorgando valores a las variables que se observan en los resultados. Se consideró que el paciente tenía déficit de autocuidado si su respuesta corresponde a un valor igual o menor a 2. En consecuencia, si la media de las respuestas de todos los ítems de cada dimensión de autocuidado es ≤ 2 , se considera que hay déficit de autocuidado, y si es >2 , no hay déficit de autocuidado. Por lo tanto, esta variable quedó transformada en una variable de dos categorías: déficit de autocuidado sí/no.

De acuerdo a sus dimensiones estudiadas, se les asigno los siguientes puntajes.

Autocuidado	Puntuación
Deficit de autocuidado	\leq a 2 puntos
No hay déficit de autocuidado	$>$ a 2 puntos

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Factores sociodemográficos de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

Factores Sociodemográficos	Frecuencia (n = 163)	Porcentaje %
Edad		
De 60 a 70 años	132	81.0
> 71 años	31	19.0
Sexo		
Masculino	94	57.7
Femenino	69	42.3
Lugar de residencia		
Rural	75	46.0
Urbano	88	54.0
Estado civil		
Soltero (a)	19	11.7
Casado (a)	113	69.3
Divorciado (a)	6	3.7
Viudo (a)	25	15.3
Nivel de estudios		
Sin estudios	27	16.6
Estudios primarios	14	8.6
Estudios secundarios	53	32.5
Estudios universitarios	62	38.0
Otros	7	4.3
Con quien convive		
Vivo solo (a)	17	10.4
Con mi pareja	56	34.4
Con mi pareja e hijos	83	50.9
Otros miembros	7	4.3
Profesión		
Ama de casa	19	11.7
Sector servicios	37	22.7
Construcción	23	14.1
Sector agrario	46	28.2
Independientes	38	23.3
Situación laboral		
Jubilado por edad	49	30.1
Activo laboralmente	93	57.1
Jubilado por enfermedad	21	12.9
Tiempo de la enfermedad de diabetes		
Entre 1 a 10 años	112	68.7
Entre 10 a 20 años	33	20.2
> a 20 años	18	11.0

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

En la tabla 1, se puede evidenciar que; del 100% de la población estudiada, el 81.0% (132) tienen entre 60 a 70 años de edad, el 57.7% (94) son de sexo masculino, el 54.0% proceden de zonas urbanas, el 69.3% (113) tienen el estado civil de casados, el 38.0% tienen estudios universitarios, el 50.9% (83) viven con sus parejas e hijos, el 28.2% (46) se dedican al sector agrario, el 57.1% (93) se encuentran activamente laborando, el 68.7% (112) tienen la enfermedad de diabetes de 1 a 10 años.

Tabla 2: Distrés emocional de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

Tipo de distres		Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Leve	[< a 3 puntos]	47	28.8
Moderado	[> a 3 puntos]	116	71.2
Total		163	100

Fuente: Elaboración propia de la investigación

En la tabla 2, se puede evidenciar que; el 71.2% (116) de los pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020, presentan distrés moderado y el 28.8% (47) presentan distrés leve.

Tabla 3: Conductas de autocuidado según dimensiones: alimentación, ejercicios, cuidado de los pies, control de la glucosa, tratamiento y consultas de control de pacientes adultos mayores con diabetes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	Deficit de autocuidado		No deficit de autocuidado		TOTAL	
	N°	fi	N°	fi	N°	fi
Alimentación	20	12.3	11	6.7	31	19.0
Ejercicios	19	11.7	15	9.2	34	20.9
Cuidado de los pies	15	9.2	8	4.9	23	14.1
Autocontrol de glicemia	18	11.0	10	6.1	28	17.2
Tratamiento farmacológico	12	7.4	9	5.5	21	12.9
Asistencia a las consultas	14	8.6	12	7.4	26	16.0
TOTAL	98	60.1	65	39.9	163	100.0

Fuente: Elaboración propia de la investigación

En la tabla 3, se puede evidenciar que; el 12.3% (20) de los pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020, presentan déficit de conductas de autocuidado en la alimentación, seguido de un 11.7% (19) presentan déficit de conductas de autocuidado en los ejercicios, el 11.0% (18) presentan déficit de conductas de autocuidado en autocontrol de glicemia, el 9.2% (15) presentan déficit de conductas del cuidado de los pies, con el mismo porcentaje presentan no déficit en las conductas de autocuidado referente a los ejercicios, el 8.6% (14) presentan déficit de conductas de autocuidado de la asistencia a consultas, el 7.4% (12) presentan déficit de conductas de autocuidado sobre el tratamiento farmacológico, con el mismo porcentaje presentan no déficit de conductas de autocuidado a la asistencia de consultas, el 6.7% (11) presentan no déficit de conductas de autocuidado en la alimentación, el 6.1% (10) presentan no déficit de conductas de autocuidado en el autocontrol de la glicemia, el 5.5% (9) presentan no déficit de conductas de autocuidado en el tratamiento farmacológico, finalmente el 4.9% (8) presentan no déficit de conductas de autocuidado en el cuidado de los pies.

Tabla 4: Relación que existe entre el distres emocional y las conductas de autocuidado en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

Tipo de distres	Autocuidado						X ²	p < 0,05
	Deficit de autocuidado		No deficit de autocuidado		Total			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Leve	23	14.1	14	8.6	37	22.7	10	0.011
Moderado	91	55.8	35	21.5	126	77.3	10.728	0.023
Total	114	69.9	49	30.1	163	100		p < 0,034

Fuente: Elaboración propia de la investigación

En la tabla 4, podemos evidenciar que del 100% de pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020, el 79.8% (91) presentan distrés moderado relacionado con déficit del autocuidado, el 21.5% (35) presentan distrés moderado relacionado con el no déficit de autocuidado, el 14.1% (23) presentan distrés leve relacionado con deficit del autocuidado, finalmente el 8.6% (14) presentan distrés leve relacionado al no déficit de autocuidado.

V. DISCUSIÓN

Desde 1923, cuando empezó la producción comercial de la insulina y se comenzó a tratar la diabetes con la administración de esta sustancia, la diabetes se ha transformado de ser una enfermedad fatal a una de naturaleza crónica. A partir de ese momento, los avances en la prevención y el tratamiento para la diabetes van en aumento cada año, reduciendo la morbilidad y mortalidad de dicha condición.

La prolongación de la vida de personas con diabetes conlleva que se preste mayor atención no solo a ajustar el tratamiento de la diabetes al estilo de vida del/la paciente para mejorar su calidad de vida, sino también al impacto psicológico de la condición y a aquellas conductas que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento.

Además es importante mencionar que la diabetes mellitus es un problema de salud pública de alta prevalencia y morbimortalidad. La mortalidad por diabetes mellitus ha disminuido con la introducción de nuevos instrumentos de seguimiento y control, sin embargo, la mejora de la calidad de vida a través del autocuidado está siendo promocionada y aplicada con la finalidad de evitar complicaciones. Pero el estrés considerado como trastorno psicológico es el más frecuentemente encontrados en las personas con diabetes, incrementando la mortalidad y disminuyendo la calidad de vida (28).

Por este motivo efectuamos este trabajo en pacientes con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto para determinar si el estrés emocional se relaciona a las conductas de autocuidado habiendo participado 163 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de los cuales el 81.0% (132) tienen entre 60 a 70 años de edad, el 57.7% (94) son de sexo masculino, el 54.0% proceden de zonas urbanas, el 69.3% (113) tienen el estado civil de casados, el 38.0% tienen estudios universitarios, el 50.9% (83) viven con sus parejas e hijos, el 28.2% (46) se dedican al sector agrario, el 57.1% (93) se encuentran activamente laborando, el 68.7% (112) tienen la enfermedad de diabetes de 1 a 10 años (Tabla 1).

Gispert et al. Analizó qué factores socio-demográficos y relacionados con la salud estaban asociados con el estrés psicológico en la población general española utilizando el cuestionario GHQ12. Observó que las mujeres tenían unos niveles más altos en el cuestionario que los hombres después de ajustar por el número de trastornos crónicos presentes (29).

Así mismo; en la tabla 2, se observa que el 71.2% (116) de la población en estudio presentan distrés moderado y el 28.8% (47) presentan distrés leve.

Guardando coherencia con el trabajo de investigación de Rodríguez J. donde menciona que La prevalencia de depresión fue de 17% (55/322) y de distrés relacionado con la diabetes mellitus fue de 19.56% (63/322), así mismo; el distrés relacionado con la diabetes aumenta significativamente el riesgo de mal control metabólico (61.9% vs 54.8%) OR=1.339 (IC 0.762-2.354) p=0.191(14).

Sin embargo; Patilla C. en su trabajo de investigación titulado: Ansiedad, depresión y situaciones generadoras del estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento, se evidencia que los pacientes sin adherencia muestran una mayor probabilidad de presentar ansiedad, depresión y una mayor percepción de situaciones generadoras de estrés en comparación con los pacientes con adherencia al tratamiento (30).

Considerando que la diabetes desencadena problemas emocionales como son ansiedad, depresión y en algunos casos el estrés, es imprescindible que como profesionales de la salud tengamos que realizar interconsultas con el profesional de Psicología, con la finalidad de garantizar un buen soporte emocional para evitar complicaciones posteriores en los pacientes.

En la tabla 3, sobre conducta de autocuidado, según dimensiones; **alimentación** el 12.3% correspondiente a 20 pacientes presentan déficit de autocuidado. En la dimensión de **ejercicios** el 11.7% correspondiente a 19 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado. En la dimensión de **autocontrol de la glicemia** el 11.0% correspondiente a 18 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado. En la dimensión **cuidado de los pies** el 9.2% correspondiente a 15 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado. En la dimensión de **asistencia a las consultas para su control** el 8.6% correspondiente a 14 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado. En la dimensión **tratamiento farmacológico** de el 7.4% correspondiente a 12 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado,

Es así que Cornelio C y Vásquez R. con el trabajo de investigación titulado: “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo II en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-Perú” señalaron que el 50.88%

presentan un nivel de autocuidado regular, los pacientes siempre toman sus medicamentos indicados, cumplen con las pruebas de laboratorio e indicaciones médicas, acuden al médico dos veces al año y cada vez que presentan algún cambio o dolencia, llevan un control de glucosa, siempre consumen verduras, frutas, consumen de 6 a 8 vasos de agua al día, siempre tienen horarios establecidos de alimentos por lo tanto, siempre cumple con la dieta indicada, a veces consumen dulces y carbohidratos nunca hacen ejercicios intensos, siempre utilizan un programa de ejercicios por lo menos 30 minutos diarios. Siempre se secan los pies entre dedos, utilizan medias de algodón, revisa sus pies diariamente mantienen las uñas cortas en forma recta, utiliza zapatos apropiados, utiliza cremas o jabones hidratantes, evita usar sandalias y andar descalzo y nunca asiste al podólogo. Mira la televisión a una distancia de dos metros, usan lentes, acude al oftalmólogo una vez al año (31).

Del mismo modo; el autor Bastidas L. señala que el 76.1% acuden a un control oftalmológico cada dos años, también refiere que el 52% hidratan su piel y el 48% consumen alimentos de 4 a 5 veces al día (12). También, se suma el autor Aucay Morocho Olga E, Carabayo Inga Lourdes concluye que el 94.7 % utilizan medicamentos para controlar la enfermedad, a ello se suma una alimentación balanceada con un porcentaje de 79% consumen verduras, el 77% consumen lácteos, el 72% consumen frutas y un mínimo porcentaje de consumen cada dos días: carnes, menestras, harinas (32).

Dorotea Orem, describe que el autocuidado (AC) es una acción intencionada y dirigida que es sensible a los conocimientos de las personas sobre como llevar a cabo el cuidado y desarrollo de la vida humana, la salud y el bienestar en las condiciones y circunstancias diferentes; pudiéndose explicar de esta forma un beneficio que tendrían los participantes por poseer un buen nivel de escolaridad

Con todos los resultados encontrados en la presente investigación se puede señalar que del 100% de pacientes adultos mayores con diabetes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020, el 79.8% (91) presentan distrés moderado relacionado con déficit del autocuidado, el 21.5% (35) presentan distrés moderado relacionado con el no déficit de autocuidado, el 14.1% (23) presentan distrés leve relacionado con deficit del autocuidado, finalmente el 8.6% (14) presentan distrés leve relacionado al no déficit de autocuidado (Tabla 4).

IV. CONCLUSIONES

1. Según los factores sociodemográficos, el 81.0% (132) de los adultos mayores con diabetes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020, tienen entre 60 a 70 años de edad, el 57.7% (94) son de sexo masculino, el 54.0% proceden de zonas urbanas, el 69.3% (113) tienen el estado civil de casados, el 38.0% tienen estudios universitarios, el 50.9% (83) viven con sus parejas e hijos, el 28.2% (46) se dedican al sector agrario, el 57.1% (93) se encuentran activamente laborando, el 68.7% (112) tienen la enfermedad de diabetes de 1 a 10 años.
2. En cuanto a la variable independiente: distrés emocional el 71.2% de la población encuesta (presentan distrés moderado y el 28.8% (47) presentan distrés leve.
3. Según la variable dependiente: conductas de autocuidado según dimensiones; **alimentación** el 12.3% correspondiente a 20 pacientes presentan déficit de autocuidado. En la dimensión de **ejercicios** el 11.7% correspondiente a 19 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado. En la dimensión de **autocontrol de la glicemia** el 11.0% correspondiente a 18 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado. En la dimensión **cuidado de los pies** el 9.2% correspondiente a 15 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado. En la dimensión de **asistencia a las consultas para su control** el 8.6% correspondiente a 14 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado. En la dimensión **tratamiento farmacológico** de el 7.4% correspondiente a 12 pacientes presentan déficit de conductas de autocuidado,
4. Al estudiar la relación entre el distres emocional y las conductas de autocuidado en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020, podemos mencionar que el 79.8% (91) presentan distrés moderado relacionado con déficit del autocuidado, el 21.5% (35) presentan distrés moderado relacionado con el no déficit de autocuidado, el 14.1% (23) presentan distrés leve relacionado con deficit del autocuidado, finalmente el 8.6% (14) presentan distrés leve relacionado al no déficit de autocuidado. Existiendo relación significativa entre ambas variables según la prueba estadística no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,034$, evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.

V. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda implementar o fortalecer programas educativos dirigidos a los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de acuerdo a su contexto socio-cultural con el fin de lograr su participación activa en la mejora de su salud.
2. Se recomienda evaluar a los pacientes adultos mayores los síntomas de distrés emocional relacionado con la diabetes, con la finalidad de lograr un mejor control metabólico de la enfermedad lo que llevaría a menos complicaciones y mejor calidad de vida de los pacientes.
3. Al personal de salud, específicamente al profesional de enfermería, se recomienda categorizar a los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus, según el déficit de autocuidado que presentan para un mejor análisis de quienes valoran su enfermedad como una situación de amenaza, desafío o una situación indiferente y ejecutar un plan de cuidado personalizado mejorando sus habilidades y conductas.
4. Se sugiere realizar intervenciones de enfermería enfocadas a la educación en diabetes para contribuir el apego a las acciones de autocuidado (AC) en los pacientes adultos mayores que padecen de diabetes, con participación de sus familiares o responsables del paciente con la finalidad de lograr un autocuidado adecuado acompañando su dieta, y estado mental.
5. Se recomienda continuar investigando sobre distrés emocional y conductas de autocuidado en pacientes adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus, a fin de facilitarles la información sobre el beneficio de modificar sus hábitos para la prevención de complicaciones relacionados con su enfermedad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revista Salud Publica y Nutrición RESPYN. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. [En línea]. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponenciasprecongreso/01-precongreso.htm>
2. OMS. Diabetes en el Perú. 2020. Disponible en: <https://www.tiemporeal.com.pe/diabetes-en-el-peru-nunca-lo-dulce-fue-tan-amargo/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20el%20Ministerio%20de%20Salud,de%20muerte%20en%20el%20pa%C3%ADs.>
3. Anderson J, Freedland K, Clouse R, Lustman P. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes (2001). *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1077. Disponible en: <https://care.diabetesjournals.org/content/24/6/1069>
4. Cisión PR. Newswire. Federación internacional para la diabetes. 2019. Disponible en: <https://www.prnewswire.com/news-releases/federacion-internacional-para-la-diabetes-los-datos-mas-recientes-muestran-que-actualmente-463-millones-de-personas-viven-con-diabetes-en-todo-el-mundo-cifra-que-va-en-aumento-803869895.html>
5. Pousa M. Nivel de Conocimiento de Autocuidado en el paciente diabético tipo 2 de la umf no. 8 de Aguascalientes. [Tesis para obtener el grado de especialidad en Medicina Familiar]. Aguascalientes-México: Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2016. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/fc91/4f50388a7cd56d1ba7330e32ff77534d6cf7.pdf>
6. Jiménez M. Psicodiabetes. Avance en psicología Latinoamericana. *Print version* ISSN 1794-4724. *On-line version* ISSN 2145-4515. Av. Psicol. Latinoam. vol.25 no.1 Bogotá Jan./June 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100012

7. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *TERAPIA PSICOLÓGICA* 2011, Vol. 29, N° 1, 5-11. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100001
8. Garay E. El paciente diabético y sus emociones. II encuentro Participación de la Mujer en la Ciencia [Artículo de revista de Internet]. Guanajuato-México: 2005 [acceso 12 diciembre 2019]; 929(9):81-86. Disponible en: http://congresos.cio.mx/2_enc_mujer/Extenso/orales/Platica%2008.doc
9. Brannon L. Feist J. *Psicología de la salud*. Madrid. Paraninfo. Ediciones Paraninfo S.A. Calle Velázquez no. 31, 3°. Derecha, 28001 Madrid (España) Tel. (34) 914 463 350 Fax (34) 91 445 62 18. Disponible en: <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiasdocentes/licpsi/psicosalud.pdf>
10. Ramos A. Estrés y su relación con conductas de autocuidado en personas diagnosticadas con diabetes Mellitus tipo II [Tesis para titulación de Psicología Clínica] Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Psicológicas Carrera de Psicología Clínica, 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7121>
11. Castillo D. Manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, en la edad adulta media. Guatemala de la Asunción. [Tesis de grado] Licenciatura en Psicología clínica. Facultad de Humanidades. Universidad Rafael Landívar Guatemala 2015. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Castillo-Dalia.pdf>
12. Morales O. Distres Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2. San Agustín Tlaxiaca. (Tesis Posgrado) Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México. 2015. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/1801/TESIS%20OSCAR%20MORALES%20TELLEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 13.** Bentin J. Estrés percibido y actividad física en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica] Especialidad de Psicología. Facultad de letras y ciencias humanas. Universidad Católica del Perú. 2018. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12693/BENTIN_GEBHARDT_ESTRES_PERCIBIDO_Y_ACTIVIDAD_FISICA_EN_ADULTOS_MAYORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 14.** Fernandini J, Pompa R. Estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II en el Hospital Belén. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en enfermería] Escuela Profesional de enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo Perú 2017. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3032/1/RE_ENFE_JACKELINE.FERNANDINI_RUTH.POMPA ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTOS_DATOS.PDF
- 15.** Rodríguez J. Depresión y distrés como factores asociados a pobre control metabólico en adultos con diabetes mellitus. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Facultad de Medicina. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo Perú 2017. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2717/1/RE_MED.HUMA_JUAN.RODRIGUEZ_DEPRESION.Y.DISTRES_DATOS.PDF
- 16.** Salas H, Alarcón F. Complicaciones por diabetes mellitus tipo 2 y su relación con prácticas de autocuidado en pacientes atendidos en el programa de diabetes del Hospital II-2 EsSalud. [Título profesional de Licenciado en Enfermería] Escuela Profesional de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto Perú. 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2798/ENFERMERIA%20-%20Herges%20Salas%20Fatama%20%26%20Fanny%20Charito%20Alarc%c3%b3n%20D%c3%a1vila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 17.** Naranjo Y, Concepción J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Revista Finlay [Revista en Internet]. Cuba: 2016 [acceso 13 enero 2020];

6(3):5. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/400/1513>

18. Federación Mexicana de Diabetes. Marco Teórico ¿Qué es la Diabetes? [Internet]. México: 2013.[acceso 6 enero. 2020] Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lhr/cruz_p_ca/capitulo2.pdf
19. Haya K, Paima K. Calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al programa Hipertensión Arterial/Diabetes Mellitus del hospital “EsSalud” Tarapoto. [Tesis Optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012. Disponible en:
http://biblioteca.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_99_Binder1.pdf
20. Asociación Americana de Diabetes. La Diabetes y las Emociones. Comprender y sobrellevar los aspectos emocionales de la diabetes. Nipro Diagnostic [Guía – Folleto en internet]. Estados Unidos: 2008 [8pag]. Disponible en:
http://www.trividiahealth.com/diabetes_resources/downloads/true_insight/MKT0306Sr20_Emotions_Spanish.pdf
21. Sociedad Española para la Ansiedad y el Estrés. Estrés. Gabinete Psicopedagógico [tríptico en internet]. Universidad de Granada: 2001. Disponible en:
<http://www.ugr.es/~ve/pdf/estres.pdf>
22. Dirección de Prestaciones, Económicas, Sociales y Culturales. Guía para el estrés. Causas, consecuencias y prevención. [Guía en internet]. México: 2012 [20 pág.]. Disponible en: <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/instituto/prevencion-riesgos-trabajo/Guia-para-el-Estres.pdf>
23. Lloyd C, Smith J, Weinger K. Diabetes – Estrés y Depresión. Cleveland Clinic. [Artículo de revista en Internet]. EE.UU: 2015 [Citado 21 enero 2020]. 4(18):121–127. Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/sHIC/html/s14891.asp>
24. Acantara, E. Cómo combatir el estrés de un paciente diabético. Canal Diabetes. [Artículo en internet]. México: 2013 [18 de enero 2020]. Disponible en:
<http://www.canaldiabetes.com/como-combatir-el-estres-diabetico/>

25. Sánchez J. Cuando el estrés se convierte en distres. [internet]. España: 2011 [acceso 7 enero 2020] Disponible en: <http://www.enbuenasmanos.com/cuando-el-estres-se-convierte-en-distress>
26. Romero I, Dos Santos M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Artículo en internet]. México: 2010 [acceso 23 enero 2020]. 18(6):09. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf
27. Celis J. Carga Emocional [Internet]. Desarrollo Personal. 2013 [acceso 14 enero 2020]. Disponible en: <https://www.sebascelis.com/carga-emocional/>
28. Alegría G, Manrique J, Pérez M. Características sociodemográficas – clínicas y estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud de San Juna – Iquitos. [Tesis pregrado] Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos Perú 2014. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3535/Greysi_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Popa O, Brubaler I, Petrescu L, Purecrea R. Psychopathology and psychotherapeutic intervention in diabetes: particularities, challenges, and limits. J Med Life. 2016 Oct-Dec;9(4):328-333
30. Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38:677–83.
31. Patilla C. Ansiedad, depresión y situaciones generadoras del estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento. (Tesis de pregrado) Facultad de Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú 2011. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/582/Patilla_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 32.** Cornelio C y Vásquez R. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo II en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (Tesis pregrado) Escuela Profesional de Enfermería. Facultad de Ciencias de la salud. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima-Perú 2018. Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2413/TEISIS%20V%C3%A1squez%20Audila%20-%20Cornelio%20Cynthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 33.** Bastidas L. Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud el arenal de la ciudad de Esmeraldas Enero - Marzo 2015 [tesis para optar el título profesional de enfermería]. Católica del Ecuador; 2015.
- 34.** Marchan M. Variables predictorias de las conductas de autocuidado en las personas con Diabetes Tipo 2. (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante-España 2014. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40754/1/tesis_merchan_felipe.pdf

IX. ANEXOS

Anexo 1.

Solicitud de Permiso



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Tarapoto, 15 de diciembre de 2020

Oficio S/N-2020-HII-2MINSAT-AXFG-KAMC

Sr.....

Director del Hospital II-2 MINSAT Tarapoto.

SOLICITO: Permiso para recopilación de información y aplicar los instrumentos de investigación.

Tenemos el agrado de dirigirnos hacia su persona con el debido respeto que se merece, para solicitarle lo siguiente:

Las que suscribimos somos bachilleres de Enfermería de la UNSM T. Allison Xilene Flores Gonzáles y Keiko Anais Muñoz Cieza; en la actualidad nos encontramos desarrollando nuestro proyecto de Tesis Para obtener el Título Profesional de: LICENCIADO EN ENFERMERIA con el titulo: **“DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR: RELACIÓN DEL DISTRES EMOCIONAL CON CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II-2 MINSAT TARAPOTO. PERIODO JULIO A DICIEMBRE 2020”**, para lo cual solicitamos su permiso y/o autorización para poder recolectar información y aplicar el instrumento de investigación (Cuestionario) a todos los adultos mayores que asisten al programa de Diabetes del hospital que dignamente direcciona.

Seguras de contar con su atención y aprobación a la presente, nos suscribimos de usted.

Atentamente;

.....
Allison Xilene Flores Gonzáles
Bachiller en Enfermería

.....
Keiko Anais Muñoz Cieza
Bachiller en Enfermería

Anexo 2.

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



El presente trabajo de investigación fue realizado por las bachilleres de enfermería y se cuenta con la asesoría de una Licenciada de Enfermería: Mg. Nerida Idelsa Gonzalez Gonzalez

Propósito

Este estudio pretende determinar la relación que existe entre el distres emocional y las conductas de autocuidado en pacientes adultos mayores que padecen de diabetes atendidos en el Hospital MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

Participación

Solicitamos su permiso para que participen en el desarrollo del cuestionario que se llevara a cabo como parte del presente estudio. Esperamos su atención y permiso. Estaremos agradecidas por el permiso otorgado.

Riesgos del estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para usted.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es confidencial, respetando la privacidad de la información recolectada.

“**Consentimiento informado**”. Si Ud. quiere retirarse del estudio, puede hacerlo con total libertad.

Donde conseguir información

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con **Allison Xilene Flores Gonzáles** y **Keiko Anaís Muñoz Cieza** a los números telefónicos: 947 582 386 – 928 106 943, donde con mucho gusto les atenderemos.

Declaración Voluntaria

He sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que mi participación es gratuita.

Estoy enterado(a) de la forma cómo se realizará el estudio y que puedo retirarme en cuanto lo desee, sin que esto represente que tenga que pagar o recibir alguna represalia por parte de las investigadoras.

Por lo anterior acepto participar en la investigación titulada: “Diabetes en el adulto mayor: Relación del distres emocional con conductas de autocuidado en pacientes atendidos en el Hospital MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020”

.....
Firma del (la) participante

.....
Firma de la investigadora

.....
Firma de la Investigadora

Anexo 3.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO: “Instrumento de Medición Distress Scale (DDS17)”

- I. PRESENTACION** Estimado (a) Señor (a), le saludamos cordialmente, somos Allison Xilene Flores Gonzáles y Keiko Anaís Muñoz Cieza, Bachilleres de Enfermería de la Universidad Nacional San Martín, estamos realizando un trabajo de investigación con el fin de obtener información sobre la diabetes en el adulto mayor. En tal sentido solicitamos su colaboración, contestando las preguntas en forma sincera y veraz, las respuestas son de carácter anónimo. Agradecemos anticipadamente su gentil colaboración.
- II. INSTRUCCIONES** A continuación se le presenta 17 preguntas, redondee el número que esta contemplado en las alternativas de cada pregunta.

Interrogante	No es un Problema	Es un Pequeño Problema	Es un Problema Moderad	Es un Problema Algo grave	Es un Problema Grave	Es un Problema Muy Grave
DIMENSIÓN: CARGA EMOCIONAL						
1. Sentirme agotada(o) por el esfuerzo constante para controlar la diabetes.	1	2	3	4	5	6
2. Sentir enojada(o), asustada(o), o deprimida(o) cuando pienso en vivir con la diabetes.	1	2	3	4	5	6
3. Sentir que la diabetes controla mi vida.	1	2	3	4	5	6
4. Sentir que haga lo que haga, tendré alguna complicación seria con efectos a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
5. Sentirse sobrecargado(a) por la atención que requiere vivir con la diabetes.	1	2	3	4	5	6
DIMENSIÓN: DISTRÉS RELACIONADO A LA FUNCIÓN MÉDICO-PACIENTE						
6. Sentir que mi doctor no sabe lo suficiente acerca de la diabetes y el cuidado de la diabetes.	1	2	3	4	5	6
7. Sentir que mi doctor no me da recomendaciones las suficientes específicas para controlar mi diabetes.	1	2	3	4	5	6
8. Sentir que mi doctor no toma mis preocupaciones en serio.	1	2	3	4	5	6

9. Sentir que no tengo un doctor que puedo ver con suficiente frecuencia para discutir mi diabetes.	1	2	3	4	5	6
DIMENSIÓN: DISTRÉS RELACIONADO AL REGIMEN DEL TRATAMIENTO						
10. Sentir que no me estoy analizando la sangre con suficiente frecuencia.	1	2	3	4	5	6
11. Sentir que fracaso a menudo con mi régimen de diabetes.	1	2	3	4	5	6
12. No sentir confianza en mi habilidad para manejar mi diabetes día a día.	1	2	3	4	5	6
13. Sentir que no estoy manteniendo un saludable régimen dietético.	1	2	3	4	5	6
14. Sentir que no tengo la motivación necesaria para controlar mi diabetes.	1	2	3	4	5	6
DIMENSIÓN: DISTRÉS INTERPERSONAL						
15. Sentir que ni mis amigos ni mi familia dan suficiente apoyo de mis esfuerzos para cuidarme (planean actividades que chocan con mi horario, me animan a comer comidas impropias).	1	2	3	4	5	6
16. Sentir que ni mis amigos ni mi familia saben lo difícil que es vivir con la diabetes.	1	2	3	4	5	6
17. Sentir que ni mis amigos ni mi familia me dan el apoyo emocional que me gustaría tener.	1	2	3	4	5	6

INSTRUCCIONES PARA LA PUNTUACION:

El DDS17 considera una puntuación total de la escala de dificultad para la diabetes más 4 puntuaciones de la escala secundaria, cada una de las cuales aborda un tipo diferente de angustia. Para puntuar, simplemente sume las respuestas del paciente a los ítems apropiados y divida por el número de ítems en esa escala. La letra en el margen derecho le corresponde a la sub escala de ese ítem como se muestra a continuación. Consideramos una puntuación menor de 3 (Distres leve) y media de 3 o más (Distres moderada) como un nivel de distres que merece atención clínica. Coloque un aspa en la línea a la extrema derecha si la puntuación media del elemento es mayor o igual a 3 para resaltar un valor por encima del rango.

También sugerimos revisar las respuestas del paciente en todos los ítems, independientemente de las puntuaciones promedio de los ítems. De esta manera será útil para preguntar más o para iniciar una conversación sobre cualquier tema individual puntuación 3 o superior.

Puntuación total DDS:

- Suma la puntuación de los 17 ítems
- Divide por
- Puntuación media del ítem

$$\frac{17}{5} \geq 3$$

Carga emocional:

- Suma los 5 ítems (1 al 5)
- Divide por
- Puntuación media del ítem

$$\frac{5}{5} \geq 3$$

Distres relacionada con problema médico:

- Suma los 4 ítems (6 al 9)
- Divide por
- Puntuación media del ítem

$$\frac{4}{4} \geq 3$$

Distres relacionada con el régimen:

- Suma los 5 ítems (10 al 14)
- Divide por
- Puntuación media del ítem

$$\frac{5}{5} \geq 3$$

Distres interpersonal:

- Suma los 3 ítems (15 al 17)
- Divide por
- Puntuación media del ítem

$$\frac{3}{3} \geq 3$$

Anexo 4.

CUESTIONARIO “Conductas del autocuidado”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**Primera parte:****Factores Sociodemográfico**

1. EDAD	De 60 a 70 años ()		
	Mayor a 71 años ()		
2. SEXO	FEMENINO		
	MASCULINO		
3. LUGAR DE RESIDENCIA	Rural		
	Urbano		
4. ESTADO CIVIL	Soltero	Divorciado	Otros
	Casado	Viudo	
5. NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios		
	Estudios primarios		
	Estudios secundarios		
	Estudios universitarios		
6. CON QUIÉN CONVIVE	Vive solo	Hijos	
	Con su pareja	Residencia	
	Con pareja e hijos	Otros	
7. PROFESIÓN	Ama de casa	Construcción	Independientes
	Sector servicios	Sector agrario	
8. SITUACIÓN LABORAL	Jubilado por edad	Jubilado por enfermedad	
	Activo		
9. DURACIÓN DE LA DIABETES	Entre 1-10 años		
	Entre 10 – 20 años		
	> 20 años		

Segunda parte:**Cuestionario definitivo de autocuidado en DMT2**

- **S:** siempre
- **CS:** casi siempre
- **AV:** a veces
- **CN:** casi nunca
- **N:** nunca

ALIMENTACIÓN	S	CS	AV	CN	N
1. Consume alimentos de forma regular 5-6 veces al día (De-Co-Ce- a media mañana, a media tarde y antes de acostarse)					
2. Sigue usted diariamente un horario regular de comidas (desayuna, come, cena, merienda,..... aproximadamente a las mismas horas					
3. Come cuando tiene hambre sin tener un control estricto de las horas					
4. Cuando come tiene en cuenta tanto la cantidad como el contenido de los alimentos					
5. Come aproximadamente la misma cantidad de comida todos los días					
6. Suele saltarse alguna comida al día, bien sea el desayuno, la comida, la merienda, la cena,.etc					
7. Evita o procura no incluir en su alimentación los alimentos que tiene desaconsejados o prohibidos (como azúcares, refrescos, pasteles, gelatinas...)					
8. Come semanalmente más veces pescado que carne					
9. Consume diariamente fruta, verduras, cereales y leche o yogures desnatados					
10. Come menos cantidad de comida de lo que le apetecería por culpa de su diabetes					
11. Se controla el peso con regularidad cada cierto tiempo					

Qué ejercicio realiza?: <input type="checkbox"/> Pasear <input type="checkbox"/> Ir al gimnasio <input type="checkbox"/> Otros	S	CS	AV	CN	N
1. Realiza ejercicio (como pasear) de forma habitual todos los días					
2. Hace ejercicio o pasea a las mismas horas todos los días					
3. Dedicar aproximadamente el mismo tiempo cada vez que pasea o hace ejercicio					
4. Lleva “algo” de comer cuando hace ejercicio o pasea					
5. Hace ejercicio o pasea después de desayunar o comer y no en ayunas					
6. El ejercicio o el paseo lo realiza acompañado					

AUTOCUIDADO DE LOS PIES	S	CS	AV	CN	N
1. Se observa usted la planta de los pies diariamente					
2. Utiliza un espejo para observárselos					
3. Cuida sus pies como le tienen recomendado (se los lava todos los días con jabón suave y los seca sin friccionar)					
4. Evita andar descalzo por la casa, la playa,					
5. Visita al podólogo con regularidad					
6. No se corta las uñas, se las lima					
7. Si se corta las uñas lo hace de forma recta					
8. Cuando le aparece un callo, herida o lesión en los pies, consulta al profesional sanitario (enfermero, médico, podólogo...).					

AUTOCONTROL DE LA GLUCEMIA	S	CS	AV	CN	N
1. Se realiza los controles de azúcar con su aparato en casa					
2. Los controles de la azúcar los realiza usted mismo					
3. Se realiza los controles del azúcar que le recomiendan					
4. Cuando se encuentra mal y sospecha que tiene una bajada de azúcar se hace un control de azúcar					
5. Si nota que el azúcar le ha bajado o comprueba mediante un control que efectivamente le ha bajado, toma enseguida azúcar o algún producto azucarado					
6. Durante cada cierto tiempo se realiza varios controles de glucosa al día					
7. Se realiza cada año un análisis completo de sangre y orina					
8. Lleva un registro de las cifras de glucemia					
9. Hace su máximo esfuerzo para tener sus cifras de azúcar lo más cerca posible de la normalidad					
10. Lleva placa indentificativa (como placa colgada al cuello, pulsera, ...etc) advirtiendo de su condición de diabético					

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (pastillas o insulina)	S	CS	AV	CN	N
1. Cumple la pauta en cuanto al número de veces que debe inyectarse la insulina o tomarse las pastillas del azúcar					
2. Sigue las recomendaciones en cuanto a la cantidad de insulina que se inyecta o las pastillas que se toma					
3. Se inyecta la insulina o se toma las pastillas a las mismas horas todos los días					
4. Lleva un registro escrito de la medicación que toma o se inyecta para su diabetes					
5. Según las cifras de glucemia, modifica la medicación					
6. Olvida tomar las pastillas del azúcar o ponerse la insulina					
7. Si olvida una toma de la medicación, en la toma siguiente se administra el doble					
8. Cuando le surge una duda o algún problema con la medicación o algún otro aspecto de su diabetes consulta a los profesionales sanitarios					
9. Tiene glucagón en casa					
10. Cuenta con familiares, amigos o personas cercanas a usted que saben utilizarlo					
11. Lleva usted el control de la medicación de su diabetes (pastillas o insulina)					
12. Prefiere ser usted el que lleve el control de la medicación a que se lo lleven otros					

ASISTENCIA A LAS CONSULTAS PARA SU CONTROL	S	CS	AV	C N	N
1. Asiste a la consulta de la enfermera cuando tiene programados los controles de su diabetes					
2. Asiste a la consulta del médico cuando tiene los controles de su diabetes					
3. Asiste a la consulta de otros profesionales (endocrino, oftalmólogo, podólogo, dentista,..) para controlar su diabetes					
4. Trata de organizar todas sus actividades u obligaciones cotidianas para no faltar a la consulta de revisión de su diabetes					
5. Cuando le surge alguna duda sobre los cuidados o se le presenta algún problema con su diabetes consulta con los profesionales sanitarios					

Anexo 5.

DIMENSIONES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE
“DISTRES EMOCIONAL- CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO”



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



Tabla 5: Distres emocional en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Según dimensión carga emocional.

Carga emocional	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Distrés leve (< a 3 puntos)	65	39.9
Distrés moderado (> a 3 puntos)	98	60.1
Total	163	100

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

En la tabla 5 podemos evidenciar que del 100% (163) de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020; según la dimensión: **carga emocional**, el 60.1% (98) presentan distrés moderado, y el 39.9% (65) presentan distrés leve.

Tabla 6: Distres emocional en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSa Tarapoto. Según dimensión Distrés relacionado a la función Médico-paciente.

Distrés relacionado a la función Médico-paciente	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Distrés leve (< a 3 puntos)	78	47.9
Distres moderado (> a 3 puntos)	85	52.1
Total	163	100

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

En la tabla 6, podemos evidenciar que del 100% (163) de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital II-2 MINSa Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020; según la dimensión: **Distrés relacionado a la función Médico-paciente**, el 52.1% (85) presentan distrés moderado, y el 47.9% (78) presentan distrés leve.

Tabla 7: Distres emocional en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSa Tarapoto. Según dimensión Distrés relacionado al régimen del tratamiento.

Distrés relacionado al régimen del tratamiento	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Distrés leve (< a 3 puntos)	79	48.5
Distres moderado (> a 3 puntos)	84	51.5
Total	163	100

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

En la tabla 7, podemos evidenciar que del 100% (163) de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital II-2 MINSa Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020; según la dimensión: **Distrés relacionado al régimen del tratamiento**, el 51.5% (84) presentan distrés moderado, y el 48.5% (79) presentan distrés leve.

Tabla 8: Distres emocional en pacientes adultos mayores con diabetes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Según dimensión Distrés interpersonal.

Distrés interpersonal	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Distrés leve (< a 3 puntos)	81	49.7
Distrés moderado (> a 3 puntos)	82	50.3
Total	163	100

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

En la tabla 8 podemos evidenciar que del 100% (163) de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020; según la dimensión: **Distrés interpersonal**, el 50.3% (82) presentan distrés moderado, y el 49.7% (81) presentan distrés leve.

Tabla 9: Conductas de autocuidado de pacientes adultos mayores con diabetes mellitus atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Periodo julio a diciembre 2020.

Autocuidado	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Deficit de autocuidado [\leq a 2 puntos]	99	60.7
No deficit de autocuidado [$>$ a 2 puntos]	64	39.3
Total	163	100

Fuente: Elaboración propia de la investigación.

En la tabla 9, podemos evidenciar que del 100% (163) de pacientes atendidos en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, durante el periodo julio a diciembre 2020; el 60.7% (99) presentan déficit en el autocuidado, y el 39.3% (64) no tienen déficit de autocuidado.